Комолова М. Т.,
Негмаджанов Б.Б.,
Раббимова Г. Т.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И БЕРЕМЕННОСТЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра акушерство и гинекологии (зав.- проф. Б.Б. Негмаджанов) педиатрического факультета СамМИ (ректор-проф. А.М. Шамсиев)

Патология сердечно-сосудистой системы занимает первое место среди экстрагенитальных заболеваний у беременных. Интересно, что единственный представитель фауны на нашей планете, имеющий ХВН (хроническая венозная недостаточность) это — человек [9]. Более того, по мнению ведущих специалистов в данной области сегодня ХВН по праву называют «болезнью цивилизации» и что особенно важно — «болезнью с женским лицом» [10]. История изучения данной патологии берет начало со времен таких корифеев медицины как Гиппократ, Авиценна, Амбруаз Паре, Парацельс, Теодор Бильрот [11], а еще в 1859 г. Р. Вирхов объединил признаки ХВН в триаду, включавшую стаз крови, повреждение сосудистой стенки и гиперкоагуляцию.

В России хронической венозной недостаточностью страдают 35- 38 млн. человек (2005) [17,24]. К сожалению, стереотип, согласно которому патология вен считается чисто хирургической патологией, привел к тому, что огромное число больных, наблюдающихся у врачей других специальностей, не получают адекватной врачебной помощи [5], а если учесть, что 62,3% из них это женщины репродуктивного возраста [18]. то возникает необходимость активного участия врача акушера- гинеколога в лечении больных варикозным расширением вен.

Термин «варикоз» происходит от латинского слова *varix*, которое означает «узел, вздутие». Варикозным расширением вен называют заболевание, сопровождающееся увеличением длины, образованием змеевидной патологической извитости вен, необратимыми мешковидными расширениями их просвета с недостаточностью клапанов [53]. Варикозное расширение вен может затронуть вены на любом участке тела, однако чаще всего варикозу подвержены вены на ногах и ступнях. При варикозе вены выглядят как узловатые набухшие темно-фиолетовые или голубые толстые веревки. Это заболевание указывает на врожденную или приобретенную недостаточность клапанов поверхностных, глубоких и коммуникантных вен. Сам варикоз беременностью не вызывается! Он существует и до беременности, а во время беременности он чаще всего обостряется. Более чем у 50% женщин варикозные узлы появляются уже во время беременности. Расширение вен проявляется в первые три месяца беременности у 30% женщин, а у оставшихся 70% - в течение последующих трех месяцев.

Н.И. Колесникова [12], Н.Н. Еланский [7],

G.A.Sicard, K.Sigg считают, что причиной варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей при беременности является изменение функции половых желез. Н. Ludwig установил, что гормоны желтого тела наряду с действием на сосуды матки нейтрализуют гормоны гипофиза, тонизирующие гладкие мышечные волокна. Подтверждением этого являются данные о снижении тонуса мускулатуры стенки сосудов, матки, мочевого пузыря, кишечника и других органов при беременности. Повышенное содержание эстрогенов у беременных способствует увеличению уровня актомиозина, активность которого приводит к росту сосудов матки и других органов, в том числе вен нижних конечностей.

Л.С. Персианинов [25], L.Wenner считают, что прогестерон, уровень которого во время беременности повышается в несколько раз, способствует снижению тонуса венозных сосудов и их дилатации. Данную концепцию авторы объясняют тем, что нередко у таких беременных наблюдаются атонические состояния мочеточников и почечных лоханок, способствующих застою мочи. Ю.И. Новиков также указывает на сниженный венозный тонус у беременных.

Согласно исследованиям С.М. Беккера [4], причиной варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей и наружных половых органов в первые месяцы беременности является выключение функции яичников вследствие абсолютной или относительной недостаточности в организме эстрогенных гормонов и преобладание гормонов желтого тела, что сопровождается снижением тонуса венозной стенки.

П.П. Алексеев [2] и В.А. Николаенкова рассматривают варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей и наружных половых органов у беременных как результат влияния факторов, ведущих к значительному увеличению гидростатического давления в системе вен, развитию гормональных нарушений, нейрососудистых расстройств и повышению проницаемости гистогематических барьеров. Авторы, изучая гистогематическую проницаемость, уровень сиаловой кисло

ты, сывороточных белков крови и другие показатели, установили, что у беременных с варикозным расширением вен нижних конечностей под влиянием гормональных воздействий снижается порог гистогематической проницаемости, что сопровождается ее усилением и разжижением межтканевого вещества. Последние обстоятельства способствуют повышению метаболизма тканей, что в свою очередь приводит к обеднению межтканевого вещества в стенки сосудов, снижению ее тонуса и делает вену податливой к гидростатическому давлению крови. С другой стороны, вследствие перестройки вен раскрываются артериоловенулярные шунты, способствующие оксигенации венозной крови и повышению давления. Авторы подчеркивают, что заболевание возникает как правило, у тех женщин, у которых данные факторы переходят границы физиологической адаптации венозного кровотока. Подтверждением изложенного являются увеличение содержания сиаловых кислот в сыворотке крови, снижение уровня белка и гематокрита.

Расширение поверхностных вен на половых губах, лице, животе грудных железах и других органах также связывается с гормональным влиянием.

При изучении влияния гормонов на организм беременной установлено, что эстрогены вызывают физиологическую гипертрофию и гиперплазию, разрыхление соединительной ткани и приводят к размягчению шейки матки. Определенное влияние эстрогены оказывают на изменение сосудистой стенки, способствуя значительному ее расширению и усилению обмена между организмом матери и плода. В отличие от эстрогенов, прогестерон кумулируется в жировой клетчатке и создает своеобразное гормональное депо, что по видимому, играет существенную роль в варикозном расширении вен у женщин с выраженной жировой клетчаткой, где проявляется его местное действие на стенку вен.

По мнению Л.Н. Гулянского [6], основным источником прогестерона, начиная с 8-10 недель беременности, является плацента, причем его уровень в крови, оттекающей от матки в 4 раза выше, чем в периферической [13].

Н.С. Бакшеев [3] считает, что плацента выделяет значительное количество половых гормонов, прогестерона и эстрогена. Прогестерон резко снижает нервно-мышечную возбудимость матки к препаратам окситоического действия, в то время как эстрогены являются стимуляторами роста и размножения всех морфологических элементов половых органов, нервных структур и сосудистой системы, способствуют образованию и расширению множественных коллатералей и анастомозов с органами малого таза и наружных половых органов.

Говоря о роли венозного давления в патогенезе варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей, К.Залого [8] отмечает, что увеличение в

20 раз и более притока крови к матке способствует перегрузке вен малого таза и повышению венозного давления в нижних конечностях, причем это чаще наблюдается на одной конечности и сопровождается расширением поверхностных вен.

В последнее время изучается и новая концепция развития варикозной болезни — дисплазия соединительной ткани (ДСТ). Морфологической основой ДСТ является снижение содержания отдельных видов коллагена или нарушение соотношения между ними, что проявляется уменьшением прочности соединительнотканного компонента многих органов и систем. Подтверждением роли ДСТ в развитии варикозной болезни служат данные о том, что варикозное расширение вен является одним из частых системных проявлений ДСТ [17].

По мнению Серова В.Н. (2007), далеко не все специалисты правильно трактуют данную ситуацию, исходом которой может быть благоприятное течение процесса вплоть до полного исчезновения расширения вен в послеродовом периоде. Все-таки, неправильное ведение больной, осложненное течение самой беременности создают угрозу развития венозного тромбоза и, как осложнения, тромбоэмболических событий [26].

Варикозная трансформация бассейна большой или малой подкожных вен сопровождается проявлением симптомов венозного оттока с наличием так называемых «венозных» жалоб. Таковыми являются боли в икроножных мышцах, по ходу варикозных вен, тяжесть и утомляемость ближе к вечеру с существенным уменьшением к утру, ночные судороги в икроножных мышцах, отеки дистальных отделов конечности. Варикозное расширение вен промежности и вульвы встречается у 30% беременных, сопровождается чувством дискомфорта, тяжести и распирающего в пораженной области.

Особого внимания заслуживает проблема варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ), являющаяся актуальной проблемой в акушерстве и гинекологии. Еще проф. Снегирев В.Ф., в 1907 высказывал предположение о роли венозной системы в формировании хронического болевого синдрома в нижних отделах живота. По современным данным, ВРВМТ встречается у 12-80% женщин. Одним из частых проявлений ВРВМТ является дисменорея и нарушения менструального цикла, постоянное ощущение дискомфорта и боль во время полового акта, треть женщин отмечают сохранение болей в нижней части живота во время беременности.

Достаточно часто у пациенток с ХВН наблюдаются такие осложнения беременности, как ранний токсикоз и гестоз (10%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (10%), патология пуповины (24-26%), несвоевременное излитие околоплодных вод (22-24%), слабость родовой деятельности (15%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2%), кровотечение в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде (18%), послеродовой

эндометрит (7%) [9]. К весьма серьезным последствиям ХВН относят тромбоэмболические осложнения, частота которых во время беременности составляет 10%, в послеродовом периоде — 6% и трофические язвы голени [26],

Своевременная диагностика заболевания имеет крайне важное значение для акушеров-гинекологов.

Нужно помнить, что локализация расширенных вен на передней брюшной стенке, над лоном и в области наружных половых органов характерна для ПТФБ и врожденной патологии глубоких вен [5]. Чаще всего в данной ситуации обнаруживаются варикозные узлы на больших и малых половых губах (69%), в преддверии влагалища (12%), на боковых стенках влагалища (10%) [20]. В типичных ситуациях появлению расширенных вен будет предшествовать клиника острого венозного тромбоза — отек с распирающими болями. В целом отек признается наиболее характерным признаком патологических изменений в венозной системе. В диагностическом плане важно отметить, что при ХВН после ночного отдыха отек уменьшается, но лишь в редких случаях проходит полностью [10].

Самым простым в выполнении методом представляется волнометрия или определение окружности голени на уровне лодыжки (маллеолярный объем), обычно используемый у пациентов с отечным синдромом. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УДС) на сегодняшний день признается «золотым стандартом» в диагностике патологии венозной системы нижних конечностей и малого таза у беременных. Использование режимов цветового доплеровского картирования (ЦДК) и энергии отраженного доплеровского сигнала дает важную информацию о характере кровоснабжения мягких тканей [9]. Метод позволяет провести оценку морфологии венозной системы, определить наличие и продолжительность венозного рефлюкса, проследить динамику патологического процесса. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование рекомендуется выполнять не менее 3 раз во время беременности и через 1 месяц после родов [26].

Основным направлением лабораторной диагностики, помимо общеклинических методов, является исследование системы гемостаза с определением АЧТВ, протромбинового индекса, фибриногена, агрегации тромбоцитов [1]. В ходе изучения литературы последних десятилетий сложилось впечатление, что основными направлениями в лечении ВРВ (долгое время являлись компрессионная терапия и хирургическое лечение. Сегодня в мировой ангиологической практике сформировалось убеждение о возможности и необходимости применения различных фармакологических методов воздействия, в том числе флеботропных препаратов системного действия [22]. Применение венотоников ограничено препаратами, не проникающими через плацентарный барьер, а разрешенные препараты имеют свои четкие ограничения по триместрам беременности.

Основным лечебно-профилактическим методом при беременности является компрессионная терапия. На протяжении всей беременности показано ежедневное использование трикотажа 1-2 классов компрессии, с продолжением в послеродовом периоде

до 6 месяцев. Носят изделия обычно в течение всего дня, одевая утром, и снимая перед сном.

Целесообразно применять препараты местного действия, содержащие гепарин (гепариновая мазь, гепатромбин, эссавен-гель, лиотон-1000). Кремы и гели, содержащие ННВС (диклофенак, кетопрофен, фастумгель) могут применяться во время беременности короткими курсами, в остром периоде тромбоза поверхностных вен в сочетании с препаратами на основе гепарина.

К препаратам системного действия принято относить флебопротекторы. Диосмин - препарат снижает проницаемость сосудов микроциркуляторного русла. Эффективен не только при различных стадиях ХВН, но и при фетоплацентарной недостаточности [22]. Гинкор-Форт (после I триместра) по 2 капсулы в течение 45 дней. Венорутон показан после 12 недель беременности.

При варикозной болезни нижних конечностей предпочтительно родоразрешение через естественные родовые пути с применением эластической компрессии. При возникновении ТЭДА в первом триместре беременность следует прервать. Во II и III триместрах вопрос о пролонгировании беременности решают в соответствии с состоянием беременной и плода.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о мультидисциплинарном значении хронической венозной недостаточности. До настоящего времени не систематизированы сведения о роли ХВН, особенностях диагностики и лечения данной патологии в практике врача акушера-гинеколога. До конца не решен вопрос о влиянии ХВН различной этиологии на формирование осложнений беременности и перинатальной патологии. Не до конца разработаны тактика ведения родов у больных с ХВН, что и явилось обоснованием для изучения данной проблемы.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. -1200 с.
2. Алексеев П.П., Николаенкова В.А.// Научная конф. По вопросам сосудистой патологии: Материалы. - Кисловодск, 1969.С.27-30.
3. Бакшеев Н.С.//Клинические лекции по акушерству.-М.,1972.-С. 117-118.
4. Батвинков Н.И.//Клин.хир.-1974-№7.-с.25-28.
5. Беккер С.М.// патология беременности.-Л., 1975.С. 18-20.
6. Богачев В.Ю. Консервативное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей с точки зрения доказательной медицины / В.Ю.Богачев // Consilium medicum. -2005. -том 7. -№5. -С.415-418.
7. Гулянский Л.Н.//Акуш. и гин.-1978.№9.-С. 1-5.
8. Еланский Н.Н.//Научная по проблемам "Сердечно-сосудистые заболевания и их предупреждение и лечение": тезисы докладов.-1962.-С.70-71.1;
9. Залого К.//Хирургия.-1965.-№9.-С.38-41.
10. Золотухин И.А. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности у женщин / И.А. Золотухин, В.Ю. Богачев // Consilium medicum. -2007. -том 9. -№5. -С.62-65
11. Каралкин А.В. Патогенез и диагностика венозной недостаточности. Современный взгляд на проблему (лекция) / А.В.Каралкин, А.В.Альбицкий, А.Н Кузнецов. // Терапевтический архив. — 2004. — № 10. — С.63- 68.
12. Кириенко А.И. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности / А.И. Кириенко, Р.А. Григорян, И.А. Золотухин // Качество жизни. Медицина. -2007. -№ 3. -С.46-51. Библиогр.: 9 назв.
13. Колесникова Н.И.//Экспер. Хир.-.-№3.-С.55-56.
14. Кулаков В.И.//Заболевание венозной системы нижних конечностей у беременных, рожениц и родильниц: Автореф.дис.д-ра мед.наук.-М.. 1976.
15. Ларионов М.В. Патогенез развития хронической венозной недостаточности и основные направления лечебной тактики / М.В.Ларионов, С.А. Обыденнов, Р.Х. Хафизьянова // Казанский мед. ж. — 2004. — том 85, —№ -С.433-436.
16. Лампэ Л.//Интенсивный родовой блок.-Будапешт, 1979.-С.161-164.
17. 16. Лупанов В.П. Хроническая венозная недостаточность, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоз легочной артерии. Диагностика, лечение, профилактика / В.П.Лупанов // Атмосфера.Кардиология.Медицина. — 2005. — № 3. С.32-34.
18. Мозес В.Г. Роль системного поражения соединительной ткани в генезе варикозного расширения вен малого таза у женщин ' В.Г. Мозес. К.Б.Мозес, Г.А. Ушакова// Гинекология. -2005. -том 7. -№ 5-6. -С.316-318.— Библиогр.: 9 назв.
19. Мурашко А.В. Заболевания вен и беременность / А.В.Мурашко // Гинекология. -2005. -том 7. -№ 5-6. - С.316-318.
20. Мурашко А.В. Хроническая венозная недостаточность и беременность / А.В. Мурашко, З.Х. Кумыкова // Гинекология. -2007. -том 9. -№ 1. -С50-52
21. Омарова Х.М. Варикозное расширение вен половых органов — лечение хронической венозной недостаточности и профилактика тромбофлебитических осложнений во время беременности / Х.М.Омарова ,7 Проблемы репродукции. -2007. -Том 13. -№4. -С.85-89.
22. Особенности диагностики и лечения хронической венозной недостаточности и венозных форм дисплазий нижних конечностей / С.В. Сапелкин, В.Н. Дан, Г.Г. Кармазановский, Г.И. Кунцевич // Военномедицинский журнал. - 2006. — № 12. — С. 26-29.
23. Оценка эффективности медикаментозного лечения больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей: результаты проспективного исследования с применением препарата «ГинкорФорт» / А.В.Покровский. С.В.Сапелкин, Л.А. Галактионова, Е.Е.Федоров // Ангиология и сосудистая хирургия. 2005.-Том 11.-№3.-С.47-52.
24. Патогенез и диагностика хронической венозной недостаточности нижних конечностей с трофическими нарушениями / А.Н. Косенков, Б.А. Мизаушев, И.А.Царенко и др. // Хирургия.Журнал им. Н.П.Пирогова.— 2005. — № 5. — С.60-64. — Библиогр.: 47 назв.
25. Покровский А.В. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей— современные проблемы диагностики, классификации, лечения / А.В. Покровский, С.В. Сапелкин //Ангиология и сосудистая хирургия. — 2003. -Том 9. -№1. -С.53-58.
26. Персианинов Л.С., Демидов В.Н. Особенности функции системы кровообращения у беременных, рожениц и родильниц.-М.,1977.
27. Серов В.Н. Современные принципы диагностики и лечения хронической венозной недостаточности у беременных / В. Н.Серов. Е. В. Жаров. -М.: ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий. -2007. -24 с.
28. Стойко Ю.М. Хроническая венозная недостаточность у беременных: факторы риска, диагностика и лечение / Ю.М. Стойко, А.В.Замятина // Гинекология. -2007. -том 9. -№ 5. -С.34-36.
29. Стуров Н. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: эпидемиология, патогенез,клиника и принципы терапии / Н.Стуров // Врач. -2008. -№4. -С.22-24.
30. Хоменко Н.Е, Воскоян Ю.Э, Гаспарян С.А./7 Варикозная болезнь вен малого та- за:этиология,патогенез,диагностика,лечение.//Акуш. И гин.2006.№6.-С.8-10.
31. Fernandez-Samos R., Zorita A., Ortega J.M.// Angiologia.-1993.-Vol.45,N 6.-P.203-209.
32. Giannoukas A.D., Dacie J.E., Lamfey J.S.//Ann.Vase. Surg.-2000.-Vol. 14,N4.-P.397-400.
33. Ludwig H.-Gynecologiae, 1970,Bd2,S. 166-179.
34. Scott D., Kerr M. Obstetr.and Gynecol.-2001 .-Vol.77.-P. 111-115.