

Вульварный и промежностный варикоз у беременных

О.В. ДЖЕНИНА¹, В.Ю. БОГАЧЕВ^{1,2}, А.Л. БОДАНСКАЯ¹

¹ *Общество с ограниченной ответственностью «Первый флебологический центр»: 117447, Россия, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 31*

² *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 117997, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1*

Информация об авторах:

Дженина Ольга Вадимовна – к.м.н., врач-флеболог, ведущий специалист Первого флебологического центра; тел.: +7 (495) 967-94-42, e-mail: dzhenina@rambler.ru
Богачев Вадим Юрьевич – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии № 2 Федерального государственного

образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; научный руководитель Первого флебологического центра; тел.: +7 (499) 955-44-53; e-mail:

vadim.bogachev63@gmail.com ORCID 0000-0002-3940-0787

Боданская Антонина Львовна – врач-флеболог, лимфолог Первого флебологического центра; тел.: +7 (495) 967-94-42

РЕЗЮМЕ

Беременность является важным специфическим фактором риска развития хронических заболеваний вен у женщин. Помимо поверхностных вен нижних конечностей трансформация часто затрагивает вены малого таза. Тактика ведения беременных с расширением вен промежности и гениталий в настоящее время является одной из актуальных проблем на стыке флебологии и акушерства-гинекологии. В статье рассмотрены возможные варианты консервативного лечения женщин с вульварным и промежностным варикозом на фоне беременности, в т. ч. обсуждены возможность и целесообразность использования системной фармакотерапии веноактивными препаратами.

Ключевые слова: промежностный варикоз, вульварный варикоз, беременность, веноактивные препараты, диосмин

Для цитирования: Дженина О.В., Богачев В.Ю., Боданская А.Л. Вульварный и промежностный варикоз у беременных. *Амбулаторная хирургия.* 2019;1-2:14-18. DOI: <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-14-18>

Конфликт интересов: авторы сотрудничают с компанией INNOTECH Russia в плане проведения образовательных и исследовательских программ. Вместе с тем упомянутое исследование выполнено по инициативе авторского коллектива и без поддержки компании INNOTECH Russia.

Vulvar and perineal varicose veins in pregnant women

OLGA V. DZHENINA¹, VADIM YU. BOGACHEV^{1,2}, ANTONINA L. BODANSKAYA¹

¹ *First Phlebological Center, Limited Liability Company: 117447, Russia, Moscow, Dmitry Ulyanov St., 31*

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation: 117997, Russia, Moscow, Ostrovityanova St., 1*

Author credentials:

Dzhenina Olga Vadimovna – Cand. of Sci. (Med.), Phlebologist, Leading Specialist of First Phlebology Center; tel.: +7 (495) 967-94-42, e-mail: dzhenina@rambler.ru
Bogachev Vadim Yurievich – Dr. of Sci. (Med.), Professor of Chair of Intermediate Level Surgery No. 2,

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Scientific Supervisor of First Phlebological Center; tel.: +7 (499) 955-44-53;

e-mail: vadim.bogachev63@gmail.com ORCID 0000-0002-3940-0787

Bodanskaya Antonina Lvovna – Phlebologist, Lymphologist of First Phlebological Center; tel.: +7 (495) 967-94-42

ABSTRACT

Pregnancy is an important specific risk factor for the development of chronic vein diseases in women. In addition to the superficial veins of the lower limbs, transformation often affects the pelvic veins. The management of pregnant women with vulvar and perineal varicose veins is one of the urgent problems of nowadays at the intersection of phlebology and obstetrics-gynecology. The article discusses possible options for conservative treatment of women with vulvar and perineal varicose veins during pregnancy, including the possibility and feasibility of using systemic venoactive drugs.

Keywords: perineal varicose veins, vulvar varicosities, pregnancy, venoactive drugs, diosmin

For citing: Dzhenina O.V., Bogachev V.Yu., Bodanskaya A.L. Vulvar and perineal varicose veins in pregnant women. *Ambulatornaya khirurgiya*. 2019;1-2:14-18. DOI: <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-14-18>

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Одним из наиболее значимых факторов риска развития хронических заболеваний вен (ХЗВ) у женщин является беременность. В качестве причины выступают физиологические изменения, которые встречаются у абсолютно всех беременных, начинают действовать с самых ранних гестационных сроков и постепенно увеличивают свое влияние параллельно прогрессированию беременности. Среди предпосылок в настоящее время рассматриваются:

- гормональные – в виде прогрессирующего увеличения уровня прогестерона, который провоцирует разрушение коллагеновых и эластиновых волокон, приводит к нарушению архитектоники венозной стенки и снижению способности поддерживать постоянство диаметра сосуда; реализуются на протяжении всего гестационного периода;
- механические – увеличение объема циркулирующей крови, внутрибрюшного давления и непосредственно компрессия магистральных вен малого таза беременной маткой, что в совокупности приводит к росту внутривенозного давления; приобретают значение во II-III триместрах [1-3].

Данные предикторы приводят к тому, что даже первая, неосложненного течения беременность сама по себе дает отношение шансов не менее 1,3 для варикозной трансформации, и с каждой последующей беременностью этот показатель растет (табл.). В тех случаях, когда помимо беременности у женщины имеются дополнительные факторы риска ХЗВ – наследственность,

избыточная масса тела и т. д. – следует ожидать дополнительного увеличения отношения шансов [4].

Воздействию подвергается венозное русло и таза, и нижних конечностей, при этом, на первый взгляд, чаще встречается варикозная трансформация поверхностных вен именно нижних конечностей. Частота развития варикозной болезни малого таза при беременности до конца в настоящее время не оценена. По данным литературы, изолированное расширение вен промежности и гениталий имеет место только у 10-12% беременных. При этом ряд специалистов высказывает предположение, что определенное количество больных не учитывается из-за отсутствия жалоб со стороны самих женщин: в связи с маловыраженной или отсутствующей субъективной симптоматикой, со стеснительностью пациенток и т. д. [5-7].

Также не учитывается распространенность гестационно обусловленного расширения внутритазовых вен. В первую очередь, это можно объяснить отсутствием каких-либо внешних проявлений, которые могла бы заметить пациентка и обратиться в итоге к врачу. Во-вторых, имеется определенная сложность в оценке клинической вероятности синдрома тазовой конгестии у таких больных, т.к. наиболее частые проявления – распирающие боли в нижних отделах живота, дизурические расстройства – могут быть обусловлены особенностями течения беременности.

Варикозное расширение вен промежности и гениталий имеет объективные проявления, которые позволяют диагностировать данный вариант венозной патологии уже при первичном осмотре, зачастую не требуя обязательного инструментального подтверждения. В первую очередь – непосредственное расширение поверхностных вен с появлением аневризматических выпячиваний-вариксов на половых губах, в промежности. При небольшом объеме чаще всего это является единственной жалобой женщины. В дальнейшем появляются симптомы, которые можно расценивать аналогично хронической венозной недостаточности нижних конечностей: пациентки отмечают распирающие, тянущие

ТАБЛИЦА. Зависимость между количеством беременностей и варикозной трансформацией [4]

TABLE. Correlation between the number of pregnancies and varicose transformation [4]

Количество беременностей (Б)	Б = 1	Б = 2	Б = 3	Б = 4	Б ≥ 5
Отношение шансов	1,3	1,4	1,6	1,9	2,2

и давящие ощущения в промежности, распирающие боли непосредственно в проекции вариксов. Многие беременные отмечают усиление болевых ощущений не только в стандартных для ХЗВ ситуациях – к концу дня, при статических нагрузках, но и при перемене положения тела (лежать/сесть, сидеть/встать), напряжении мышц брюшной стенки и тазового дна. Также болевой синдром может сопровождаться дизурическими явлениями, зудом, редко – отеком промежности.

В тех случаях, когда источником рефлюкса служат не только внутритазовые вены, но и *v.saphena magna*, наблюдается расширение вен в паховых областях (при небольшом размере варикса, его проявлении только в ортостазе, это может быть ошибочно расценено как паховая грыжа), а также в области надлобкового перетока [7].

Требуется ли инструментальное обследование?

В большинстве случаев осмотра достаточно для постановки диагноза. Инструментальное исследование – ангиосканирование требуется в том случае, если имеется клиническое подозрение на тромбоз расширенной поверхностной вены промежности/гениталий, а именно: пальпируемое болезненное уплотнение по ходу вены с изменением цвета кожных покровов или слизистой над ней. Ультразвуковое ангиосканирование необходимо для подтверждения более опасного состояния – тромбоза, который требует совершенно иных тактических подходов.

Вторая клиническая ситуация, при которой целесообразно проведение ангиосканирования, а также ультразвукового исследования мягких тканей, – дифференциальная диагностика между единичным вариксом в паховой области и паховой грыжей.

Что мы можем предложить на сегодняшний день беременной, у которой диагностирован вульварный или промежностный варикоз?

Экспертным сообществом варикозная болезнь малого таза в настоящее время рассматривается как одна из форм ХЗВ, соответственно, основные принципы лечения распространяются и на данную патологию, хотя и требуют определенных ограничений с учетом локализации проблемной вены, а у беременных – с учетом потенциальных влияний на развивающийся плод.

Консервативное лечение ХЗВ основано на эластической компрессии, системной фармакотерапии веноактивными препаратами, местной фармакотерапии с использованием топических средств на основе гепарина и венотоников, а также модификации образа жизни [8].

Эластическая компрессия уже длительное время является основополагающим компонентом

консервативного лечения ХЗВ. Благодаря медицинскому компрессионному трикотажу и специальным бандажам уменьшается патологическая венозная емкость, ликвидируются рефлюкс венозной крови и интерстициальный отек, улучшается микроциркуляция в мягких тканях и т.д. [9-11]. Благодаря этому трикотаж даже 1 класса компрессии эффективен в устранении субъективной симптоматики ХЗВ и венозного отека [13-15].

Однако все эти лечебные эффекты не могут быть реализованы при изолированном вульварном или промежностном варикозе, т.к. ни одно готовое компрессионное изделие, даже специальные колготы для беременных, не оказывает давление на зону промежности. Применение специального компрессионного белья, которое используется после пластических операций (типа абдоминопластики, липосакции и т.п.), у беременных противопоказано из-за высокого давления на переднюю брюшную стенку, что может негативно отразиться на течении самой беременности.

Единственная ситуация, в которой оправданно регулярное ношение компрессионных изделий, – одновременное наличие ХЗВ нижних конечностей.

Вторым основным направлением в консервативном лечении ХЗВ является системная фармакотерапия флеботропными препаратами, главной целью которой служит уменьшение субъективных проявлений и венозного отека. Венотоники воздействуют через норадреналин-зависимые механизмы, дополнительно могут снижать лейкоцитарно-эндотелиальную адгезию и капиллярную проницаемость, стимулировать лимфодренаж, уменьшать специфическую венозную боль [8, 9, 16, 17]. Одним из показаний к применению венотоников является варикозная болезнь вен малого таза с болевым синдромом. Но до последнего времени беременность рассматривалась как состояние, ограничивающее возможность подобной фармакотерапии.

Причин для этого несколько:

- небольшое количество исследований безопасности и эффективности венотоников во время беременности;
- нежелание использовать, по сути, симптоматическое лечение при не угрожающем жизни состоянии у беременных, когда необходимо учитывать потенциальное влияние действующего вещества на плод;
- недооценка распространенности проблемы и влияния ее на качество жизни беременных.

Несмотря на периодические сообщения о применении венотоников при гестационном расширении вен вульвы [7], возможность пересмотреть подходы к использованию флеботропов у беременных дало эпидемиологическое

исследование EFEMERIS, оценившее возможное прямое и косвенное влияние различных фармпрепаратов не только на развитие плода, но и на течение самой беременности и родоразрешения [18]. В качестве основной группы выступили 8998 женщин, принимавших диосмин, троксерутин и гесперидин во время беременности, причем часть из них использовала повторные курсы венотоников. Контрольная группа – 27 962 беременных, не принимавших подобные препараты. Анализ течения и исходов беременностей показал отсутствие негативного влияния вышеуказанных венотоников на течение беременности, родоразрешения и послеродового периода, а также развитие плода.

С учетом обнадеживающих результатов EFEMERIS, неэффективности рутинного использования эластической компрессии, специфического анальгезирующего эффекта современных флеботропов применение диосмин-содержащих препаратов у беременных с болевым синдромом на фоне промежностного/вульварного варикоза выглядит обоснованным и целесообразным.

Имеется собственный опыт использования веноактивных препаратов: нами наблюдались 192 женщины с вульварным и промежностным варикозом во II и III триместрах беременности. В связи с распирающими болями в промежности и по ходу вариксов (интенсивность – от 5 до 8 баллов по 10-балльной цифровой рейтинговой шкале (Numeral Rating Scale, NRS)) пациентки получали диосмин 600 мг/сут. Длительность непрерывного приема диосмина составила от 2 до 10 нед., 11 больных провели два курса терапии (по 8 нед. с промежутком между курсами 4 нед.). Среди 129 женщин с болевым синдромом средней интенсивности (5-6 баллов по NRS) полное купирование боли отметили 47,29%, в остальных случаях – уменьшение интенсивности на 2 балла и более. У почти трети (27%) из 63 женщин с болью средней интенсивности (5-6 баллов по NRS) на фоне приема диосмина 600 мг/сут зафиксировано уменьшение ее интенсивности на 2 балла и более, однако полного купирования болевых ощущений в этой подгруппе добиться не удалось. Ни у одной из 192 пациенток каких-либо осложнений беременности, родов и послеродового периода, которые можно было бы связать с приемом венотоников, зафиксировано не было. При вагинальных родах спонтанного разрыва вариксов не отмечалось. Рождения детей с врожденными пороками развития у этих женщин, принимавших во время беременности диосмин в дозировке 600 мг/сут, отмечено не было.

В российских рекомендациях по лечению ХЗВ указывается на необходимость индивидуального подхода

при назначении венотоников у беременных, с оценкой соотношения ожидаемой пользы для матери и потенциальных влияний на плод [8].

В отличие от системной фармакотерапии, использование топических средств на основе гепарина или венотоников при вульварном или промежностном варикозе не представляется целесообразным по следующим причинам:

- отвлекающая терапия;
- кратковременность эффекта;
- особенность локализации проблемных вен, высокая вероятность попадания геля или мази на слизистую влагалища с потенциальной побочной реакцией.

Модификация образа жизни сохраняет свою актуальность и для этой категории больных. Следует проводить:

- профилактику дополнительного увеличения внутрибрюшного давления, т.е. профилактику запоров (двигательная активность, рациональное питание с употреблением овощей, круп, клетчатки, достаточное потребление жидкости);
- профилактику патологической прибавки массы тела;
- использовать по согласованию с акушером-гинекологом поддерживающие бандажи.

Какие еще особенности имеет ведение беременных с вульварным и промежностным варикозом? И сами женщины, и наблюдающие их акушеры-гинекологи могут обратиться к флебологу для оценки возможности вагинальных родов. В подавляющем большинстве случаев такая локализация варикозных вен не влияет на тактику родоразрешения. Риск спонтанных разрывов вариксов и, соответственно, риск кровотечения в родах могут представлять только очень крупные, напряженные (не сдавливающиеся при пальпации) вариксы, переходящие на стенки влагалища. В этом случае тактика родоразрешения определяется совместно с акушером-гинекологом, при определении высокого риска большой перинатальной кровопотери можно думать о преимуществах планового кесарева сечения. При этом следует учитывать, что в предродовом периоде, даже при небольшом изменении положения плода в матке, вариксы могут стать ненапряженными и риск геморрагических осложнений уменьшится [19].

В раннем послеродовом периоде варикозное расширение вен промежности и гениталий быстро регрессирует у подавляющего большинства больных. Рецидивы этого состояния обычно ассоциируются только с повторными беременностями. Даже если не происходит полного регресса, объем расширенных вен и связанный с ними дискомфорт значительно уменьшаются. В дальнейшем резидуальный вульварный/

промежностный варикоз может быть ликвидирован с помощью мини-флебэктомии или склерооблитерации.

Выводы

Изолированный вульварный и промежностный варикоз не является жизнеугрожающим состоянием, но связанный с ним болевой синдром беспокоит беременных пациенток и приводит к определенному снижению качества жизни. Да, ни одна из форм ХЗВ не может быть полностью ликвидирована с помощью консервативного лечения, но использование системной фармакотерапии позволяет уменьшить субъективные проявления, в т. ч. венозную боль. Это приводит к улучшению качества жизни пациенток, что особенно значимо в случаях,

когда радикальное хирургическое вмешательство по ряду причин, в т. ч. на фоне беременности, невозможно. Мы видим целесообразность в более активном использовании современных диосмин-содержащих флеботропов, доказавших отсутствие негативных влияний на течение беременности и развитие плода, у беременных с варикозной болезнью вен малого таза в случае формирования специфического болевого синдрома. Также, на наш взгляд, имеется необходимость дальнейшего мониторинга таких больных вне беременности с плановым устранением резидуальных расширенных вен с помощью малоинвазивных способов (склеротерапия, мини-флебэктомия, лазерная термооблитерация).



ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Международная исследовательская программа VEIN CONSULT. <http://www.veinconsult.com>.
2. [VEIN CONSULT International Research Program. <http://www.veinconsult.com>.] (In Russ).
3. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен в Российской Федерации. Результаты международной исследовательской программы VEIN CONSULT. *Флебология*. 2010;4(3):9-12. [Saveliev V.S., Kirienko A.I., Bogachev V.Yu. Chronic venous diseases in the Russian Federation. Results of VEIN CONSULT International Research Program. *Flebologia*. 2010;4(3):9-12.] (In Russ).
4. Krajcar Dz., Radaković B., Stefanić L. *Acta Med Croatica*. 1998;52(1):65-69.
5. Bromen K., Pannier-Fischer F., Stang A., Rabe E., Bock E., Jöckel K.-H. Should sex specific differences in venous diseases be explained by pregnancies and hormone intake? *Gesundheitswesen*. 2004;66(3):170-174.
6. Dodd H., Wright H.P. Vulval varicose veins in pregnancy. *BMJ*. 1959;1:831-832.
7. Van Cleef J.-F. Treatment of vulvar and perineal varicose veins. *Phlebology*. 2011;18(1):38.
8. Marhić C. *Rev FR Gynecol Obstet*. 1991;86(2/2):184-186.
9. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология*. 2013;7(2):2-47. [Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic venous diseases. *Flebologia*. 2013;7(2):2-47.] (In Russ).
10. Nicolaides A., Kakkos S., Eklof B. et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2014;33(2):87-208.
11. Glociczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C. et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2011; 53:2-48.
12. Mariani F. (ed.). Compression. Consensus document based on scientific evidence and clinical experiences. Minerva Medica (Torino), 2009.
13. Rybak Z. Management of lower-limb venous symptoms: what the guidelines tell us. *MEDICOGRAPHIA*. 2015;37:50-55.
14. Partsch H., Flour M., Smith P.C. International Compression Club. Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease consensus based on experimental data and scientific evidence. Under the auspices of the IUP. *Int Angiol*. 2008;27(3):193-219.
15. Palfreyman S.J., Michaels J.A. A systematic review of compression hosiery for uncomplicated varicose veins. *Phlebology*. 2009;24(1):13-33.
16. Flour M., Clark M., Partsch H., Mosti G., Uhl J.-F., Chauveau M. et al. Dogmas and controversies in compression therapy: report of an International Compression Club (ICC) meeting, Brussels, May 2011. *Int Wound J*. 2012;10(5):516-526.
17. Nicolaides A., Allegra C., Bergan J. et al. Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs: Guidelines According to Scientific Evidence. *Int Angiol*. 2008;27(1):1-59.
18. Perrin M., Ramelet A.A. Pharmacological treatment of primary chronic venous disease: rationale, results and unanswered questions. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;41:117-125.
19. Lacroix I., Beau A.B., Hurault-Delarue C. et al. First epidemiological data for venotonics in pregnancy from the EFEMERIS database. *Phlebology*. 2016;31:344-348.
20. Pratilas G., Dinas K. Severe Vulvovaginal Varicosities in Pregnancy. *N Engl J Med*. 2018 May;378(22):2123.

Поступила / Received 16.12.2018