

Б.С. СУКОВАТЫХ, М.Б. СУКОВАТЫХ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,
Российская Федерация

Цель. Уточнить механизмы развития и на этой основе представить патогенетическое обоснование миниинвазивного лечения варикозной болезни вен малого таза.

Материал и методы. Проведен анализ комплексного клинического, ультразвукового, флеботонометрического и флебографического обследований 60 больных женщин с варикозной болезнью вен малого таза.

Результаты. Установлено, что варикозная болезнь вен малого таза развивается вследствие нарушения гемодинамики в системе нижней полой, подвздошных и левой почечной вен. Сочетанное действие кавального и рено-овариального рефлюксов крови вызывает развитие синдрома переполнения кровью тазовых органов и варикозного расширения вен вульвы, лобка, промежности и ягодич.

Заключение. Разработанные способы склеротерапии варикозных вен таза и дифференцированный подход к лечению синдрома переполнения кровью тазовых органов в зависимости от интенсивности рефлюксов крови по гонадным венам патогенетически обоснованы и эффективны.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, варикозное расширение, таз, миниинвазивное лечение

Objectives. To clarify the mechanisms of development and on this ground to present pathogenetic justification of minimally invasive treatment of pelvic varicose veins.

Methods. Analysis of complex clinical, ultrasound, phlebography and phlebtonometry examinations of 60 female patients with pelvic varicose veins was carried out.

Results. It was found out that pelvic varicose veins developed because of hemodynamics disturbances in the system of the inferior vena cava, iliac and left renal veins. Combined action of the caval and reno-ovarian blood refluxes causes development of the pelvic venous congestion syndrome and formation of varicose veins of the vulva, pubis, perineum and gluteal area.

Conclusions. The designed methods of pelvic varicose veins sclerotherapy as well as differentiated approach to the pelvic venous congestion syndrome depending on the intensity of the blood refluxes along the gonadal veins are pathogenetically grounded and effective.

Keywords: chronic venous insufficiency, varicosity, pelvis, minimally invasive treatment

Введение

Варикозная болезнь вен малого таза является достаточно распространенным заболеванием и, по данным различных авторов, встречается у 5,4-19,6% женщин молодого возраста, увеличиваясь до 80% в перименопаузе [1, 2]. Механизмы развития заболевания изучены недостаточно. По течению выделяют 2 варианта заболевания: 1) варикозное расширение вен промежности, вульвы, ягодич, лобка (атипические формы); 2) синдром переполнения кровью тазовых органов [3, 4]. Большинство гинекологов связывает развитие заболевания с нарушением путей оттока крови из венозных сплетений таза вследствие их сдавления, перенесенного тромбоза, артерио-венозной ангиодисплазии [1, 2, 3]. Вместе с тем имеются исследования как отечественных, так и зарубежных флебологов, подчеркивающие схожесть механизмов развития варикозной болезни вен нижних конечностей и малого таза [4, 5, 6]. В.С. Савельев [7] считает, что ведущую роль в патогенезе заболевания играют рефлюксы крови в венах таза в результате их клапанной недостаточности.

Вследствие недостаточного понимания механизмов развития заболевания существуют и диаметрально противоположные подходы к его лечению: от полного отказа от хирургического лечения и назначения консервативной флеботропной терапии до агрессивных прямых хирургических вмешательств на венах таза. Лечение варикозного расширения вен атипической локализации проводится путем их иссечения из минидоступов, что не удовлетворяет пациенток по косметическим соображениям. Результаты склеротерапии варикозных вен при поверхностной форме заболевания неудовлетворительны, так как в этих местах невозможно создать адекватную эластическую компрессию [8]. Доминирующим способом лечения синдрома переполнения кровью тазовых органов является чрескожная эмболизация варикозно расширенных овариальных вен [9, 10]. Эмболизация позволяет прекратить ретроградный кровоток лишь по основному стволу вены, однако не исключает возможность рецидива заболевания при наличии коллатеральных путей оттока.

В настоящее время основным направлением

ем лечения флебологических заболеваний является миниинвазивность, под которой следует понимать минимальную травматичность вмешательства, короткий реабилитационный период, хороший косметический результат при сохранении достаточной эффективности устранения рефлюксов крови. Поэтому имеется насущная необходимость внедрения в клиническую практику миниинвазивного лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) таза.

Цель исследования: уточнить механизмы развития и на этой основе представить патогенетическое обоснование миниинвазивного лечения варикозной болезни вен малого таза.

Материал и методы

Нами проведено комплексное обследование 60 женщин с клиническими проявлениями ХВН таза. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет. Обследование проводили в три этапа.

На первом этапе выполняли комплексное клиническое обследование, которое по показаниям дополняли гинекологическим, урологическим и проктологическим исследованиями.

На втором этапе проводили ультразвуковое дуплексное сканирование тазовых вен с цветным картированием кровотока и доплерографическим анализом на аппарате «Ultramark» (США). Использовали трансабдоминальный, трансвагинальный и трансректальный датчики с частотой 3,5 и 5 МГц. Для выявления рефлюксов крови определяли интенсивность ретроградного кровотока по подвздошным и гонадным венам при помощи приема Вальсальвы. Так как подвздошные вены являются бесклапанными образованиями в норме, при натуживании развивается кавальный рефлюкс крови длительностью до 1,5 с, который не распространяется в притоки магистральных вен таза [11].

Если выявлялся рефлюкс крови из подвздошных вен в их притоки, то делали заключение о возможном значении кавального рефлюкса крови в развитии ХВН таза. Особое значение придавали выявлению рефлюкса крови из нижней полой вены в правую яичниковую вену. Рефлюкс крови из левой почечной в левую яичниковую вену свидетельствовал о регионарной почечной венозной гипертензии. Наличие выраженного ретроградного кровотока в гонадных и подвздошных венах длительностью более 1,5 свидетельствует вывод о сочетанном действии кавального и рено-овариального рефлюксов крови.

На третьем этапе выполнены флебографические исследования с тонометрией путем ка-

тетеризации правой бедренной вены по способу Сельдингера. Катетер проводили в нижнюю поую вену, а затем в левую почечную вену с отдельной регистрацией в них давления для определения градиента давления между этими венами. После этого выполняли ренофлебоографию в два этапа: на первом контрастировали почечную, а на втором — яичниковую вену. При наличии сочетанной кавальной и регионарной левосторонней почечной гипертензии на первом этапе проводили флебографическое ретроградное контрастирование левой гонадной, на втором — правой гонадной и на третьем — подвздошных вен.

Результаты лечения оценивали по 4-балльной системе: отлично — полное исчезновение клинических симптомов ХВН таза; хорошо — появление транзиторных симптомов ХВН таза после физической нагрузки, которые исчезают самостоятельно и не требуют медикаментозной коррекции; удовлетворительно — сохранение стойких симптомов заболевания, требующих постоянной медикаментозной коррекции, трудоспособность сохранена, но снижена; неудовлетворительно — отсутствие эффекта от лечения, переход больных на инвалидность.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием прикладного пакета статистических программ «STATISTICA 6». При описании подгрупп анализ вида распределения признака выполнялся отдельно для каждой группы. Данные в выборках оценивались на нормальность распределения по методу Шапиро-Уилкса. В случае нормального распределения и подтверждения равенства дисперсии определение статистической значимости различий осуществлялось с помощью t-критерия Стьюдента. Полученные данные представлены в виде $M \pm m$. Результаты статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления ХВН таза представлены в таблице 1.

Из таблицы видно, что симптоматика складывается из варикозного расширения вен атипической локализации и синдрома переполнения кровью тазовых органов.

По локализации варикозного расширения вен атипической локализации можно выделить 4 формы: вульварную, надлобковую, промежностную, ягодичную.

На первом месте находится вульварное варикозное расширение вен. Чаще всего оно встречалось у многорожавших женщин. Следует подчеркнуть, что во время беременности

Частота клинических симптомов ХВН таза

№ п/п	Клинические симптомы	Количество пациентов (n=60)	
		абс.	%
1	Атипичические формы варикозной болезни	59	98,3
1.1	Варикозное расширение вен лобка	23	38,3
1.2	Варикозное расширение вен вульвы	37	61,7
1.3	Варикозное расширение вен промежности	20	33,3
1.4	Варикозное расширение вен ягодиц	11	18,3
2	Боль в области крестца и копчика при длительном сидении	38	63,3
3	Постоянная боль в нижних отделах живота (пельвалгия)	60	100
4	Дисменоррея	58	96,7
5	Боль во время полового акта (диспареуния)	51	85
6	Дизурия	17	28,3
7	Болезненная пальпация внутренних поверхностей малого таза при влагиалищном исследовании	30	50
8	Геморрой	10	16,7
9	Боль в поясничных и паховых областях	7	11,7
10	Бесплодие	5	8,3
11	Микро-макрогематурия в анамнезе	4	6,7

в анамнезе у большинства женщин было варикозное расширение вен влагиалища и промежности, которое после родов самостоятельно исчезло. В нашем случае имеется резидуальная вульварная форма. Второе место занимает надлобковая локализация варикозного расширения вен. Эта форма всегда сочеталась с варикозным расширением вен паховой области, что свидетельствовало о несостоятельности сафено-бедренного соустья и рефлюксе крови в системе наружной подвздошной вены. Промежностная локализация варикозных вен сочеталась в большинстве случаев с варикозным расширением вен внутренней поверхности бедра, а ягодичная — с варикозным расширением вен задней поверхности бедра.

Переполнение кровью пресакрального венозного сплетения проявлялось болями в области крестца и копчика во время длительного сидения, которые исчезали в горизонтальном положении пациентов.

О переполнении кровью вен матки и ее придатков свидетельствовали жалобы женщин на постоянные боли внизу живота, иррадиирующие в нижние конечности, паховые области и прямую кишку. Боли усиливались с 14-15 дня менструального цикла, достигая максимальной интенсивности во время менструации. Характерно усиление болей при длительном дневном ортостазе к концу рабочего дня, отсутствие повышения температуры, воспалительных изменений в анализах крови, отсутствия эффекта от консервативной противовоспалительной терапии. Кроме пельвалгии большинство женщин отмечали диспареунию, которая приво-

дила к нарушению сексуальных отношений. В подавляющем большинстве случаев трудовая деятельность пациенток была связана с длительной сидячей или тяжелой физической работой. Из объективных симптомов определилась болезненность лишь при пальпации внутренних поверхностей малого таза, при влагиалищном исследовании.

О переполнении кровью органов мочевого деления свидетельствует боль в поясничных и паховых областях, усиливающаяся к концу рабочего дня после физической нагрузки. Частое, а нередко, болезненное мочеиспускание развивается во время физической работы в ортостазе или при длительном сидении. Расстройство мочеиспускания исчезает в горизонтальном положении пациента в ночное время. Микромакрогематурия появлялась внезапно на высоте физической нагрузки и самопроизвольного прекращалась после соблюдения в течение суток постельного режима.

Переполнение кровью вен прямой кишки проявлялось осложненным течением геморроя. У подавляющего числа пациентов расширение геморроидальных узлов было третьей степени и сопровождалось неоднократными их тромбозами или упорными кишечными кровотечениями. Характерен также рецидив заболевания после оперативного лечения.

Ультразвуковые симптомы ХВН таза представлены в таблице 2.

При ультразвуковых исследованиях у 98,3% пациентов на высоте пробы Вальсальвы зарегистрирован патологический рефлюкс крови по нижней полой и подвздошным венам, который

Частота ультразвуковых симптомов ХВН таза

№ п/п	Ультразвуковые симптомы	Количество пациентов (n=60)	
		абс.	%
1	Рено-овариальный левосторонний венозный рефлюкс	60	100
2	Подвздошно-париетальный тазовый венозный рефлюкс	59	98,3
3	Подвздошно-бедренный венозный рефлюкс	42	70
4	Подвздошно-висцеральный тазовый венозный рефлюкс	20	33,3
5	Кава-овариальный правосторонний венозный рефлюкс	21	35
6	Варикозное расширение вен гроздьевидного сплетения яичников	60	100
7	Варикозное расширение вен матки и влагалища	17	28,3
8	Варикозное расширение крестцовых вен	34	56,7
9	Варикозное расширение вен мочевого пузыря	15	25
10	Варикозное расширение вен прямой кишки	10	16,7

распространялся в притоки магистральных вен таза и магистральные вены нижних конечностей. Средняя продолжительность подвздошно-бедренного рефлюкса у обследованных составила $3,8 \pm 0,1$ с. Длительность рефлюкса крови из внутренней подвздошной вены в ее париетальные притоки колебалась в пределах $2,4 \pm 0,3$ с, а в висцеральные — $2,6 \pm 0,4$ с.

У всех женщин выявлена разница в диаметре между восходящей частью левой почечной вены и той частью, которая находится между верхней брызжеечной артерией и аортой. Так, диаметр левой почечной вены до входа в аорто-мезентериальный пинцет равен $6,7 \pm 0,8$ мм (в норме $5,6 \pm 1,1$ мм), а в пинцете — $3,5 \pm 0,4$ мм. Линейная скорость кровотока на этом уровне — $0,8 \pm 0,1$ м/с. Характер кровотока ламинарный. Хотя данная разница и свойственна нормальной анатомической ситуации, о регионарной почечной венозной гипертензии свидетельствовал градиент давления между левой почечной и нижней полой веной, который составил $784,7 \pm 146,3$ Па.

Диаметр левой яичниковой вены составлял $7,3 \pm 0,4$ мм (в норме $2 \pm 0,1$ мм). При натуживании по ней регистрировался ретроградный кровоток длительностью $2,2 \pm 0,2$ с. Диаметр вен гроздьевидного сплетения яичника равен $5 \pm 0,5$ мм.

У 21 женщины выявлен ретроградный кровоток по правой яичниковой вене. Диаметр сосуда составил $7,1 \pm 0,2$ мм, длительность правостороннего кава-овариального рефлюкса оказалась равной $1,9 \pm 0,1$ с. Результаты ультразвукового исследования корректировались с данными тонометрии. Так, без нагрузки давление в подвздошной вене в полувертикальном положении пациентов составляло $4028,8 \pm 126,3$ Па, а после выполнения пробы Вальсальвы — $12164,2 \pm 172,6$ Па, что соответствует повы-

шению венозного давления в притоках подвздошных вен на $301,9\% \pm 1,2\%$.

Флебографические симптомы ХВН таза представлены в таблице 3.

Распространение кавального рефлюкса из вен таза в париетальные притоки подвздошных вен вызывает их клапанную недостаточность и появление атипических форм варикозной болезни. При клапанной недостаточности надлобковых вен варикозный процесс распространялся на поверхностные вены лобка, образуя анастомоз с венами контрлатеральной конечности. Развивается надлобковая форма. При клапанной недостаточности верхней ягодичной вены кавальный рефлюкс передается в коммуникантные, а затем в поверхностные вены ягодичной области с развитием ягодичного варикоза.

Клапанная недостаточность нижней ягодичной вены приводит к распространению кавального рефлюкса на систему латеральной огибающей бедренную кость вены, не прямые коммуниканты и поверхностные вены задне-латеральной поверхности верхней трети бедра и ягодицы.

При недостаточности клапанов запирающей вены рефлюкс распространяется на систему медиальной огибающей бедренную кость вены, коммуниканты и связанные с ними поверхностные вены верхней трети внутренней поверхности бедра (промежностная форма).

Патологическое расширение бесклапанной внутренней срамной вены позволяет распространяться кавальному рефлюксу на систему наружной срамной вены, что ведет к развитию вульварного варикоза.

Для лечения пациентов с атипическими формами варикозной болезни целесообразно применять разработанный нами способ склеротерапии варикозных вен без применения

Частота флебографических симптомов ХВН таза

№ п/п	Флебографические симптомы	Количество больных (n=60)	
		абс.	%
1	Клапанная недостаточность левой яичниковой вены	60	100
2	Клапанная недостаточность надлобковых вен	23	38,3
3	Клапанная недостаточность запирающей вены	20	33,3
4	Клапанная недостаточность верхней ягодичной вены	11	18,3
5	Клапанная недостаточность нижней ягодичной вены	12	20
6	Клапанная недостаточность правой яичниковой вены	21	35
7	Варикозное расширение внутренней срамной вены	37	61,7
8	Контрастирование пресакрального венозного сплетения	36	60
9	Контрастирование гроздьевидного сплетения яичника	60	100
10	Контрастирование маточно-влагалищного венозного сплетения	20	33,3
11	Контрастирование мочепузырного венозного сплетения	16	26,7
12	Контрастирование прямокишечного венозного сплетения	11	18,3

эластической компрессии, так как создать адекватную компрессию промежности, половых органов и ягодиц невозможно (патент РФ на изобретение 2179457) [12]. Поставленная цель достигается тем, что соединительно-тканная облитерация вен вызывается постепенным развитием утолщения венозной стенки в ответ на введение повторных минимальных доз склерозирующего агента, способного вызвать лишь минимальное поверхностное повреждение по типу «ожога» эндотелия.

При проведении клинического, ультразвукового и рентгенологического исследований венозной системы таза производили маркировку варикозных вен в зонах атипичической локализации. Положение, в котором выполняли пункцию вены, зависело от ее калибра. Если вена не спадается в горизонтальном положении пациента и ее удается пальпировать, то все манипуляции выполняли в горизонтальном положении. Если этого не удается, пациента переводили в полусидячее, сидячее или вертикальное положение.

Производили пункцию вены иглой диаметром 25 G, расположенной наиболее дистально. Затем мизинцем и указательным пальцем левой руки пережимали вену на 4-5 см выше и 4-5 см ниже места пункции и вводили 1 мл раствора склерозанта. Предпочтительно вводить 0,25% раствор тетрациклинсульфата натрия (тромбовар, фибровейн), либо 0,5% раствор полидаканола (этоксисклерол).

После 30-секундной экспозиции иглу удаляли и на место пункции накладывали марлевую подушечку, которую в течение 3 минут туго прижимали пальцами для остановки кровотечения из прокола вены. Склеротерапию проксимально расположенных вен производили по

описанной технологии. Доза склерозирующего вещества, даже при проведении 6-10 инъекций, в случаях обширного варикозного процесса не превышает допустимую. После окончания склеротерапии с целью профилактики подкожных гематом пациентку удерживали в течение 10 минут в горизонтальном положении, производя активные движения в голеностопных суставах, для включения в работу мышечно-венозной помпы голени, что снижает венозное давление в склерозируемой вене. Сразу после процедуры пациентке рекомендовали получасовую прогулку и ежедневную ходьбу на расстояния не менее 5 км. Через 10-14 дней проводили второй сеанс склерозирующей терапии с той лишь разницей, что из-за уменьшения размеров вен и утолщения их стенок чаще возникает необходимость при их пункции перевести пациентку в вертикальное положение, а также использования более тонких и, следовательно, более острых игл (27-30 G). До полной облитерации варикозных вен обычно требовалось 3-4 сеанса инъекционно-склерозирующей терапии и лишь в 2 случаях — 5.

По степени поражения органов малого таза варикозным процессом пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили 27 (45%) женщин с варикозным расширением гонадных вен, диаметр которых составил $5 \pm 0,3$ мм с рефлюксом при натуживании не более $1,2 \pm 0,3$ с. При ультразвуковом исследовании определялись анастомозы в системе внутренней подвздошной вены. Первая степень переполнения кровью органов малого таза приводила только к варикозному поражению гроздьевидного сплетения яичника, что клинически проявлялось болевым синдромом внизу живота, усиливающимся в конце рабочего дня, интен-

сивность которого уменьшалась после ночного отдыха. Интенсивность болевого синдрома заставляла пациенток неоднократно обращаться к гинекологам, а назначенное лечение чаще всего было неэффективным.

Пациенткам 1 группы проводилась комплексная консервативная терапия в течение 4 недель. Последняя включала сочетание нестероидного противовоспалительного препарата (диклофенак натрия — 100 мг 2 раза в день), венопротектора (детралекс — 500 мг 2 раза в день) и антиоксидантов (эссенциале-форте — 360 мг 3 раза в день, и триовита — 150 мг ежедневно).

Во вторую группу вошли 14 (23,3%) пациенток, у которых обнаружено переполнение кровью тазовых органов средней тяжести. Диаметр вен таза составил $7,5 \pm 0,5$ мм, длительность ретроградного кровотока при натуживании $2,2 \pm 0,2$ с. В варикозный процесс дополнительно вовлекались маточно-влагалищное и пресаكرальное венозное сплетения с ретроградным кровотоком во внутреннюю подвздошную вену. Помимо варикозного расширения околяичниковых вен, определялось поражение маточных вен, венозных сосудов гроздевидного сплетения контралатерального яичника. Клинические симптомы заболевания приобретали разнообразный характер: боли внизу живота становились более интенсивными и сочетались с болями в области крестца и копчика, дисменореей, диспареунией, бесплодием.

Для лечения второй степени синдрома переполнения кровью тазовых органов нами разработан оригинальный способ катетерной склеротерапии варикозно расширенной яичниковой вены (патент РФ на изобретение 2183472) [13].

Оптимизация лечения достигалась тем, что после катетеризации гонадной вены в ее просвет, кроме стандартной дозы склерозанта вводилось сосудосуживающее вещество в таком же объеме. На первом этапе введением флебосклерозирующего препарата производилось разрушение интимы вены и обнажение альфа-адренергических рецепторов мышечной оболочки. На втором этапе, после 30 с экспозиции, вену орошали аналогичным объемом сосудосуживающего вещества, что приводило к ее тотальному спазму с последующей облитерацией просвета сосуда. Следует подчеркнуть, что склерозирующее вещество распространяется не только по основному стволу, но и по притокам гонадных вен, где также развивается флебосклероз. Склерозирование притоков гонадных вен предупреждает возможность рецидива заболевания и повышает эффективность лечения.

Способ осуществлялся следующим образом.

После катетеризации правой бедренной вены по методу Сельдингера под рентгенологическим контролем катетер проводили вначале в нижнюю полую, потом в левую почечную и далее в левую яичниковую вены. На противоположных стенках проксимального конца катетера через каждые 5 см имеются микроперфорационные отверстия диаметром 30 G. Такой диаметр отверстий обеспечивает поступление фармакологических препаратов в вену только после полного заполнения катетера, одновременно через все отверстия. Длина перфорированной части катетера соответствует длине овариальной вены и обычно составляет 20 см. Через катетер в вену вводили склерозирующее вещество 1 мл 3% тромбовара на 10 см вены (обычно 2-3 мл). После 30 секундной экспозиции вводили сосудосуживающее вещество 2-3 мл 0,005% раствора мезатона. Катетер удаляли из вены. На место пункции бедренной вены накладывали давящую повязку. Аналогичным образом 5 пациенткам произведено склерозирование правой гонадной вены. Только катетер вводили в нее непосредственно из нижней полой вены, в которую она впадает ниже почечных вен.

Третью группу составили 19 (31,7%) пациенток с третьей степенью переполнения кровью тазовых органов. Диаметр гонадных вен составлял $10 \pm 1,5$ мм с ретроградным кровотоком по ним $3,1 \pm 0,3$ с. Помимо околяичниковых вен, гроздьевидных сплетений обоих яичников, влагалища и матки варикозному процессу подвергались мочепузырное и прямокишечное венозные сплетения. Происходила декомпенсация коллатерального кровообращения. Для пациенток этой группы характерен вагинальный рефлюкс, который возникал из-за клапанной недостаточности дилатированной правой яичниковой вены. Переполнение кровью пресакарального венозного сплетения в большинстве случаев развивалось под действием кавальной рефлюкса крови. Основным фактором переполнения кровью остальных венозных сплетений (гроздьевидного, маточно-влагалищного, мочепузырного, прямокишечного) являлся реноовариальный, а дополнительным — кавальный рефлюкс крови. При этом у женщин, наряду с клиническими проявлениями переполнения кровью матки и ее придатков, влагалища, появлялись симптомы переполнения кровью мочевого пузыря и прямой кишки, что проявлялось болями в поясничных областях, дизурией, микрогематурией, геморроем.

В третьей группе 16 пациенткам выполнялось традиционное оперативное лечение. По стандартной технологии под интубационным наркозом обнажалось левое забрюшинное про-

странство. После обнаружения варикозно-измененной левой гонадной вены производили ее резекцию на протяжении 6–10 см. Все коллатеральные ветви перевязывали. Через 2–3 месяца, если интенсивность переполнения кровью тазовых органов не уменьшалась, производили оперативное иссечение правой варикозно-измененной гонадной вены. Следует подчеркнуть, что большинство молодых женщин отрицательно относились к традиционной хирургической резекции гонадных вен, считая ее недостаточно косметической. Поэтому мы решили отказаться от традиционной хирургической технологии и перешли к эндоскопической диссекции варикозно-расширенных гонадных вен, которую выполнили у 3 пациенток. Оперативное вмешательство начинали с традиционного лапароскопического исследования, при котором еще раз подтверждали результаты предоперационного обследования. Вскрывали левое забрюшинное пространство, производили диссекцию основного ствола левой яичниковой вены и всех сопутствующих коллатеральных вен. После этого выполняли их клипирование и резекцию на протяжении 10 см. Ушивали париетальную брюшину. Аналогичным образом производили иссечение правой варикозно-расширенной гонадной вены и ее притоков. В послеоперационном периоде назначали пожизненную курсовую описанную выше консервативную терапию 2 раза в год. Результаты лечения представлены в таблице 4.

У абсолютного большинства пациентов получены «отличные» и «хорошие» результаты лечения. Однако почти у 25% пациенток сохранились стойкие симптомы ХВН таза. Эти больные нуждались в постоянной медикаментозной коррекции и рациональном трудоустройстве. На основе самооценки «качество жизни» считают восстановленным 49(81,7%) и улучшенным 11(18,3%) пациенток.

Выводы

1. В основе патогенеза ХВН таза лежит

Таблица 4

Результаты лечения пациентов с варикозной болезнью вен малого таза

Результат лечения	Количество пациентов (n=60)	
	Абс.	%
Отличный	19	31,7
Хороший	26	43,3
Удовлетворительный	14	23,3
Неудовлетворительный	1	1,7

повышение давления при натуживании в системе нижней полой и левой почечной вен с развитием кавального и рено-овариального рефлюкса крови в париетальные и висцеральные вены таза.

2. Склеротерапия атипичных форм варикозной болезни минимально травматична, не требует создания дополнительных конструкций, не вызывает специфических осложнений и обладает хорошим косметическим результатом.

3. Лечение синдрома переполнения кровью тазовых органов необходимо проводить дифференцированно: при низкоинтенсивном рефлюксе крови по гонадным венам показано консервативное лечение, при среднеинтенсивном – склеротерапия, при высокоинтенсивном – эндоскопическая диссекция гонадных вен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мозес, В. Г. Варикозное расширение вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни: клиника, диагностика, профилактика / В. Г. Мозес, Г. А. Ушакова. – М.: ЭликсКом, 2006. – 104 с.
2. Ющенко, А. Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь / А. Н. Ющенко // Новости медицины и фармации. – 2005. – № 9. – С. 14-16.
3. Майоров, М. В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике / М. В. Майоров // Провизор. – 2003. – № 23. – С. 17-19.
4. Гаврилов, С. Г. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние проблемы / С. Г. Гаврилов, О. И. Бутенко, М. А. Черкашина // Анналы хирургии. – 2003. – № 1. – С. 7-12.
5. Богачев, В. Ю. Варикозная болезнь вен малого таза / В. Ю. Богачев // Consilium medicum. – 2006. – № 1. – С. 20-23.
6. Bergan, J. J. Treatment of pelvic venous reflux (pelvic venous congestion) in North America / J. J. Bergan // Vasc. Surg. – 1997. – Vol. 31, N 2. – P. 256-261.
7. Флебология: рук. для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
8. Таразов, П. Г. Чрескатеральная эмболизация варикозно-расширенных овариальных вен / П. Г. Таразов, Н. Д. Вердиев, К. В. Прозоровский // Вестн. хирургии. – 2002. – № 1. – С. 90-94.
9. Capasso, P. Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolization / P. Capasso, C. Simons, G. Trotteur // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 1997. – N 20. – P. 107-111.
10. Цуканов, Ю. Т. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения из минидоступов и склерозирования при поверхностной форме болезни вен малого таза / Ю. Т. Цуканов, В. В. Василевич, А. Ю. Цуканов // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 4. – С. 18-22.
11. Алекперова, Т. В. Ультразвуковая флебография.

Опыт применения в современной флебологической практике / Т. В. Алекперова // Ангиология сегодня. — 2000. — № 5. — С. 2-9.

12. Способ склеротерапии варикозных вен нижних конечностей: пат. РФ, А61М5/00, А61К31/185, А61Р9/14 / Л. Н. Беликов, Б. С. Суковатых, О. А. Родионов, М. Б. Суковатых, А. Н. Щербаков, В. И. Зайцев; заявитель Курск. гос. мед. ун-т. — № 2179457; заявл. 17.01.2001; опубл. 20.02.2002 // Открытия Изобрет. — 2002. — № 5. — С. 32.

13. Способ катетерной склеротерапии варикозно расширенной яичниковой вены: пат. РФ, А61М5/00 / Б. С. Суковатых, М. Г. Газазян, И. Г. Родионова, Л. Н. Беликов, Ю. И. Горбачев, О. А. Родионов, М. Б. Суковатых; заявитель Курск. гос. мед. ун-т. — № 2183472; заявл. 27.02.2001; опубл. 20.06.2002 // Открытия Изобрет. — 2002. — № 12. — С. 41.

Адрес для корреспонденции

305041, Российская Федерация,
г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3, Курский
государственный медицинский
университет, кафедра общей хирургии,
тел. (4712) 52-98-62
e-mail: kaf.obsh_hir@kurskmed.com,
Суковатых Борис Семенович

Сведения об авторах

Суковатых Б.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет». Суковатых М.Б., к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Поступила 25.11.2011 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Росздрава Ассоциация флебологов России приглашают Вас принять участие в работе
IX НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ АССОЦИАЦИИ ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ
которая состоится **18-19 мая 2012 года в г. Москве**

Секционные заседания по темам:

- Диагностика венозного тромбоза и легочной эмболии
- Тромбофилии: значение в хирургической практике
- Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений
- Прямая и рентгенэндоваскулярная хирургия венозного тромбоза и легочной эмболии
- Патогенез и диагностика хронических заболеваний вен
- Флебосклерооблитерация: возможности и ограничения
- Эндовазальная термическая облитерация при хронических заболеваниях вен
- Хирургические методы лечения хронических заболеваний вен
- Консервативное лечение хронических заболеваний вен
- Венозные трофические язвы

В программе также планируется проведение тематических симпозиумов и дискуссий, пленарных лекций ведущих европейских и российских специалистов.

Приглашаем всех заинтересованных специалистов принять активное участие в работе конференции. К публикации принимаются тезисы (публикация бесплатная!). Присылаемые тезисы должны быть набраны шрифтом Times New Roman размером 12 с междустрочным интервалом 1,0. Объем тезисов не должен превышать одну страницу формата А4 (поля верхнее и нижнее по 2 см, левое 3 см, правое 1 см). В тезисах последовательно размещаются название работы, фамилии и инициалы авторов, город и страна проживания авторов, текст самой работы. Оргкомитет оставляет за собой право изменения тезисов в случае несоответствия их требованиям.

Тезисы принимаются только в электронном варианте в виде вложения к письму, направленному на адрес электронной почты **phlebology2012@bk.ru**

Последний срок приема работ: 15 марта 2012 г.

Следите за новостями о подготовке конференции на сайте Ассоциации флебологов России www.phlebo-union.ru

Контактные лица:

Золотухин Игорь Анатольевич — тел. +7-495-633-92-31, e-mail: phlebology2012@bk.ru

Гаврилов Сергей Геннадьевич — тел. +7-495-633-92-31, e-mail: phlebology2012@bk.ru

<http://www.phlebo-union.ru/news/56/>