

ТЕМИРБОЛАТОВ

Магомедсалам Джанболатович

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Махачкала-2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Иманалиев Магомед Расулович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук

Крылов Алексей Юрьевич

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кафедра факультетской хирургии №2, профессор кафедры

доктор медицинских наук, профессор **Хитарьян Александр Георгиевич**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургических болезней №3, заведующий кафедрой

Ведущее учреждение:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «___»_____2019 г. в 14:00 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.072.15 на базе ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1 и на сайте: www.rsmu.ru

Автореферат разослан «___»_____2018 года

Ученый секретарь Диссертационного совета

Доктор медицинских наук, профессор

Хашукоева Асият Зульчифовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Вопросы лечения варикозной болезни продолжают сохранять свою актуальность, несмотря на, казалось бы, доскональное изучение тактических, методологических и технических аспектов в этой области. Варикозная болезнь таза (ВБТ) сопровождается расширением и формированием патологического рефлюкса крови по параметральным, маточным и гонадным венам (Гаврилов С.Г., 2012; Крылов А.Ю., 2015). Наличие анатомических связей между тазовыми, промежностными и поверхностными венами нижних конечностей обуславливают тот факт, что в 16-35% случаев причиной повторного возникновения варикозных вен на ногах служит рефлюкс крови в вены нижних конечностей из тазовых вен, так называемый «тазовый рефлюкс» (Шиповский В.Н., Гаврилов С.Г., 2010; Хитарьян А.Г., 2014). У 62% пациенток с симптомами ТВП выявлен патологический рефлюкс крови из варикозных вен малого таза в поверхностные вены нижних конечностей (Asciutto G., Asciutto K.C., 2009). При ультразвуковом ангиосканировании пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) расширение и рефлюкс крови по тазовым венам выявляются у 48% больных с клапанной недостаточностью большой подкожной вены и у 26% пациенток с рефлюксом по передней добавочной вене бедра (Garcia-Gimeno M. с соавт., 2009). Варикозные вены таза являются причиной рецидива ВБНК в 16,58% случаев (Perrin M. с соавт., 2006), а сообщили, что варикозные вены таза являются причиной рецидива ВБНК в 16,58% случаев, а патологический рефлюкс венозной крови из тазовых вен в поверхностные вены нижних конечностей (пельвио-перинеальный рефлюкс) наблюдается у 25% больных с возвратным варикозом нижних конечностей (Whiteley A.M. с соавт. (2014)

Течение варикозной болезни таза (ВБТ) предполагает различные клинические варианты. У ряда больных расширение вен матки и параметрия не приводит к развитию синдрома ТВП, а сопровождается варикозной трансформацией вен промежности, ягодичной области, задней и внутренней поверхностей бедер. В других случаях формируется синдром ТВП, который

сочетается с ВБНК, вульварным варикозом (ВВ). Возможно бессимптомное расширение внутритазовых вен в сочетании с варикозной болезнью нижних конечностей, что определяет значительные трудности в выборе тактики и метода лечения больных с сочетанной ВБТ и ВБНК (Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., 2010; Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., 2015).

Хирургическое вмешательство при варикозной трансформации и клапанной недостаточности поверхностных венозных магистралей не вызывает сомнений у хирурга. Напротив, наличие варикоза наружных половых органов, ягодичной области, задней поверхности бедра в сочетании с расширением гонадных, параметральных, маточных вен вызывает у клинициста закономерные вопросы – не приведет удаление вен промежности и нижних конечностей к ухудшению венозного оттока из малого таза, рецидиву заболевания, следует ли осуществлять какое-либо вмешательство на внутритазовых венах и какова последовательность лечебных процедур при сочетании патологии вен таза и нижних конечностей, возможно ли использование склерооблитерации вульварных вен.

Цель исследования

Разработка тактики лечения больных с сочетанной ВБТ и ВБНК при различных клинических вариантах течения заболеваний с использованием хирургических, флебосклерозирующих методик и флеботропной терапии.

Задачи исследования

1. Выявить частоту встречаемости пельвио-перинеального рефлюкса у пациенток с сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей.
2. Изучить возможности изолированных хирургических вмешательств на поверхностных венах промежности и нижних конечностей в купировании пельвио-перинеального рефлюкса у пациенток с сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей.
3. Оценить эффективность флебосклерозирующего лечения вульварного варикоза у пациентов с варикозной болезнью таза и нижних конечностей.

4. Определить показания к выполнению рентгеноконтрастной флебографии у пациенток с пельвио-перинеальным рефлюксом.

5. Разработать алгоритм лечения больных сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей с использованием хирургических, флебосклерозирующих и консервативных методик.

6. Оценить результаты применения дифференцированной лечебной тактики при сочетанной варикозной болезни таза и нижних конечностей.

Научная новизна исследования

Разработаны методологические, тактические и лечебные подходы у больных с сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей. Исследована частота встречаемости пельвио-перинеального венозного рефлюкса и его влияние на возникновение варикозных вен вульвы, промежности и нижних конечностей у пациенток с сочетанием варикозной трансформации вен таза и нижних конечностей. На основании результатов применения изолированных хирургических вмешательств на поверхностных венах промежности и нижних конечностей доказана эффективность данных операций в ликвидации пельвио-перинеального рефлюкса, вульварного варикоза. Представлена высокая эффективность, безопасность и косметичность склерооблитерации вульварных вен. Доказана необходимость использования флеботропных препаратов в комплексной программе лечения больных с сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей.

Практическая значимость работы

Проведенное исследование позволяет решить практические задачи в лечении пациенток с сочетанной варикозной болезнью вен таза и нижних конечностей. В работе представлена последовательность применения диагностических и лечебных методик у больных данной категории, продемонстрирована возможность удаление вульварных вен без риска ухудшения клинического течения варикозной болезни таза, возникновения либо прогрессирования явлений тазового венозного полнокровия. Исследование показало, что у пациенток с асимптомной варикозной болезнью таза, независимо от

распространенности и выраженности расширения маточных, параметральных и гонадных вен, выполнение флебэктомии в промежности и на нижних конечностях не приводит к развитию рецидива варикозной болезни нижних конечностей. Исключение, в подавляющем большинстве случаев (91,5%), из программы обследования и лечения больных с сочетанной варикозной трансформацией вен таза и нижних конечностей прямой рентгенфлебографии и эндовазальной окклюзии притоков внутренних подвздошных вен будет способствовать снижению стоимости лечения таких пациенток, уменьшению количества койко-дней при сохранении высокой эффективности применяемых методов лечения. Установлен регламент применения веноактивных препаратов у больных с сочетанием варикозной болезни вен таза и нижних конечностей.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Частота пельвио-перинеального рефлюкса у пациенток с сочетанием варикозной болезни таза и нижних конечностей составляет 30,2%.
2. Флебэктомия промежностных вен является эффективным и надежным методом лечения вульварного варикоза, ликвидации пельвио-перинеального рефлюкса.
3. Склерооблитерация варикозных вен наружных половых органов является альтернативной методикой лечения вульварного варикоза и сопровождается минимальным количеством рецидива заболевания.
4. Показаниями к выполнению тазовой флебографии, левосторонней ренофлебографии и селективной овариографии является наличие симптомов тазового венозного полнокровия в сочетании с клапанной недостаточностью параметральных, маточных и гонадных вен, явлениями компрессии левых почечной и общей подвздошных вен, обнаруженных с помощью ультразвукового ангиосканирования.
5. Хирургические вмешательства на внутритазовых венах показаны лишь 8,5% больных сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей.

6. Основными способами лечения сочетанной варикозной болезни таза и нижних конечностей служат флебэктомия в промежности, на нижних конечностях и склерооблитерация вульварных вен.

7. Применение веноактивных препаратов является неотъемлемым компонентом лечения пациенток с сочетанной варикозной трансформацией вен таза и нижних конечностей вне зависимости от объема хирургических вмешательств на венозной системе таза и/или нижних конечностей.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют формуле специальности 14.01.17 – хирургия. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 3, 4, 5 паспорта хирургии.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационного исследования внедрены в практику работы хирургических отделений Республиканской клинической больницы - Центра специализированной экстренной медицинской помощи г. Махачкалы и Городской больницы г. Каспийска МЗ РД. Материалы исследований и основные положения научной работы используются при чтении лекций и проведении практических занятий с курсантами на кафедре хирургии ФПК и ППС лечебного факультета ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на: Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX Юбилейным съездом Российского общества эндоскопических хирургов (Москва, 4-7 апреля 2017 года), научно-практической конференции «Варикозная болезнь» (Москва, 16 июня 2017 года), I Съезде хирургов Дальневосточного федерального округа России (Владивосток, 27-29 сентября 2017 года), объединенной конференции кафедры хирургии ФПК и ППС и сотрудников Республиканской клинической больницы г. Махачкалы 5 июня 2018 года.

Апробация диссертации состоялась на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников кафедры хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России и врачей хирургических отделений Республиканской клинической больницы г. Махачкалы 25.04.2018 года, протокол № 8.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 4 печатные работы, из них 3 – в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для публикации результатов научных исследований.

Личное участие автора

Автором лично проведена работа по обследованию пациенток, заполнению медицинской документации, оперативному вмешательству, анализу клинико-лабораторных и инструментальных исследований; статистической обработке полученных данных и анализу результатов исследований.

Объем и структура работы

Диссертационная работа изложена на 109 страницах печатного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 9 таблицами и 29 рисунками,

Библиографический указатель включает 151 источник, из них 32 – отечественных и 119 – зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая характеристика клинических наблюдений

В проспективное исследование последовательно включены 106 пациенток с сочетанной ВБТ и ВБНК, находившихся на лечении в ГБУ РД Республиканской клинической больнице – Центра специализированной экстренной медицинской помощи г. Махачкалы и ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013-2017 гг. Средний возраст больных колебался от 28 до 51 года, составив в среднем $42,8 \pm 4,5$ лет. Подавляющее большинство больных были от 18 до 44 лет 97 (91,5%) и лишь 9

(8,5%) больных были от 45 до 59 лет. Среди обследованных нами пациенток 99 (93,4%) находились в репродуктивном возрасте, что свидетельствует о большой социально-экономической значимости изучаемой проблемы и необходимости проведения диагностических и лечебных методик, не оказывающих отрицательного воздействия на фертильность женщин.

Варикозная болезнь таза сопровождалась следующими клиническими признаками: ХТБ – 50 (47,1%) пациенток, коитальные и посткоитальные боли – 58 (54,7%) больных, тяжесть и дискомфорт в гипогастральной области – 60 (56,6%) пациенток, вульварный варикоз – 24(22,6%) женщин.

Бессимптомное течение заболевания выявлено у 24(22,6%) больных. Во всех наблюдениях ВБТ сочеталась с клинически манифестировавшей варикозной болезнью нижних конечностей, которая проявлялась варикозным синдромом на ногах у 106 (100%) больных, тяжестью и повышенной утомляемостью ног – 71 (66,9%), болью в нижних конечностях – 57 (53,7%), преходящим отеком голеней – 14 (13,2%) пациенток

Клиническим проявлением пельвио-перинеального рефлюкса служили варикозные вены наружных половых органов, промежности, задней и внутренней поверхности бедра. Такая локализация варикозных вен обнаружена у 32 (30,2%) пациенток.

Общая характеристика методов исследования

Верификация диагноза ВБТ невозможна без применения современных методов инструментальной визуализации внутритазовых вен. Помимо этого, объем оперативного вмешательства при ВБТ и ВБНК также базируется на результатах ультразвукового исследования вен таза и нижних конечностей. В связи с этим, при обследовании пациенток с сочетанной ВБТ и ВБНК использован комплекс лучевых методов исследования, включающий ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вен таза, промежности и нижних конечностей, эмиссионную компьютерную томографию (ЭКТ) тазовых вен с мечеными *in vivo* эритроцитами, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) вен таза с контрастным усилением и левостороннюю

ренофлебографию (РФГ), селективную овариографию и тазовую флебографию (СОТФ). Объем выполняемых исследований зависел от клинического течения ВБТ и результатов УЗАС тазовых вен.

Общая характеристика методов лечения

В лечении сочетанной ВБТ и ВБНК использованы хирургические, флебосклерозирующие и консервативные способы, показания к которым основаны на клинической картине заболеваний и результатах инструментального обследования больных.

Хирургическое лечение

Показаниями к выполнению оперативных вмешательств на поверхностных венах нижних конечностей и промежности рассматривали наличие варикозных вен в вышеуказанных анатомических областях, обнаружение при УЗАС сафено-фemorальной либо сафено-поплитеальной недостаточности, несостоятельности клапанного аппарата вульварных и поверхностных вен бедра, вне зависимости от связи с большой подкожной веной. Симптомы ТВП (тазовая боль, диспареуния, тяжесть и дискомфорт в гипогастрии) в сочетании с расширением и клапанной недостаточностью гонадных вен, выявленными по результатам лучевых методов исследования служили показанием к проведению хирургических вмешательств на яичниковых венах.

Операции на поверхностных венах нижних конечностей (n=106).

Вмешательства выполняли в условиях спинальной анестезии. Использовали кроссэктомию, PIN-стриппинг в бассейне большой или малой подкожных вен, эпифасциальную перевязку перфорантных вен. После завершения кроссэктомии и инвагинационной стволовой флебэктомии, выполняли минифлебэктомию с помощью флебозэкстракторов Varady. Надфасциальную перевязку перфорантных вен выполняли дифференцированно, в тех случаях, когда при УЗАС картировали крупную перфорантную вену с патологическим рефлюксом крови.

Операции на венах промежности (n=14). Флебэктомию на наружных половых органах выполняли в условиях спинальной анестезии, через небольшие

(до 1 см) разрезы на больших половых губах, мобилизовали и удаляли варикозные вены

Хирургическую коррекцию пельвио-перинеального рефлюкса (n=32) осуществляли путем флебэктомии в промежности и на бедре. Варикозные вены этих локализаций максимально мобилизовали до их «вхождения» в мягкие ткани тазовой области (вульва, промежность, ягодичная зона).

Операции на гонадных венах. Открытую внебрюшинную резекцию левой гонадной вены (n=6) выполняли под эндотрахеальным наркозом, из доступа в левой подвздошной области. После выполнения кожного разреза длиной 5-6 см обнажали апоневроз наружной косой мышцы живота, тупым путем раздвигали мышечный массив и формировали забрюшинный доступ. Мобилизовали и резецировали левую гонадную вену, пересекая и перевязывая проксимальный и дистальный отрезки дистальный сосуда. Операционную рану послойно ушивали отдельными узловыми швами.

Эндоскопические виды оперативных вмешательств, выполненные нами: эндоскопическая трансперитонеальная резекция левой гонадной вены (n=1), эндоскопическая ретроперитонеальная резекция левой гонадной вены (n=1), эндоваскулярная эмболизация левой гонадной вены (n=1).

Флебосклерозирующее лечение

Склерооблитерацию вульварных вен (n=10) рассматривали как альтернативу флебэктомии в промежности. С целью оценки эффективности данной лечебной методики у пациенток с сочетанной трансформацией вен таза и нижних конечностей у 10 пациенток применили флебосклерозирующее лечение вульварного варикоза. Лечебную манипуляцию выполняли с использованием трехкомпонентных шприцев объемом 2 мл, снабженных поршнем с латексным плунжером, микроигл 28G и жидкой формы 1% раствора полидоканола. Во время проведения сеанса склеротерапии выполняли 2-3 пункции варикозных вен с инъекцией 0,5-1 мл препарата. Процедуру выполняли через 3-4 недели после оперативного вмешательства.

Медикаментозное лечение

Фармакотерапия при сочетанной ВБТ и ВБНК: применяли флеботропное лечение с использованием микронизированного диосмина в дозировке 1000 мг/сут. Длительность приема препарата составила 2 месяца, количество курсов венотонического лечения во время проведения настоящего исследования колебалось от 6 до 9 курсов за 3 года.

Дизайн исследования. На основании результатов клинических и инструментальных методов исследования все больные разделены на 3 группы. **В первую** вошли 24 больных с асимптомной формой ВБТ и клинически манифестировавшей ВБНК, расширением и рефлюксом крови по параметральным, левой гонадной и поверхностным венам нижних конечностей, **во вторую** – 9 пациенток с клиническими признаками ТВП и ВБНК, расширением и рефлюксом крови по параметральным, маточным, левой гонадной и большой подкожной венам, **в третью** - 73 женщины с симптомами ТВП, либо без таковых и ВБНК, вульварным варикозом, расширением и рефлюксом крови по параметральным венам, маточным, вульварным, поверхностным венам нижних конечностей. В представленных группах выраженность ХТБ была различной. Согласно ВАШб у пациенток 1 группы она отсутствовала, умеренная боль превалировала в 3 группе ($3,8 \pm 0,7$ балла), сильная боль выявлена у пациенток 2 группы ($6,8 \pm 1,4$ балла). Примечателен тот факт, что в третьей группе у 24 (22,6%) больных с ВВ и 8 (7,5%) женщин с варикозом задней поверхности бедра тазовые боли отсутствовали. Все больные с сочетанной ВБТ и ВБНК были оперированы, объем оперативного лечения зависел от клинического течения ВБТ, распространенности поражения тазовых вен, наличия пельвио-перинеального венозного рефлюкса. После хирургического лечения больные осмотрены повторно через 1, 12 и 36 месяцев с повторным выполнением УЗАС вен таза, нижних конечностей и ЭКТ тазовых вен.

Критериями оценки эффективности лечения служили:

ликвидация варикозного синдрома наружных половых органов и нижних

конечностей, купирование либо уменьшение ХТБ, отсутствие рецидива ХТБ, ВВ и ВБНК, уменьшение либо стабильные значения диаметров тазовых вен, частоты обнаружения их клапанной недостаточности, уменьшение либо неизменные показатели Ктвп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Различные варианты течения сочетанной ВБТ и ВБНК определяли существенные трудности в выборе метода лечения и последовательности выполнения оперативных вмешательств у таких больных. С этой целью нами разработана тактическая схема выбора способа лечения пациенток с сочетанным расширением вен таза и нижних конечностей, основанная на клинических проявлениях болезни и результатах инструментального обследования. Лучевым методам исследования принадлежит главенствующая роль, т.к. только с помощью УЗАС, компьютерной томографии, овариографии и тазовой флебографии можно объективно и максимально полно оценить состояние внутритазовых вен.

Лечение пациенток с асимптомной варикозной болезнью таза и симптомной варикозной болезнью нижних конечностей (1 группа)

Среди 24 пациенток этой группы отсутствовали какие-либо признаки ВБТ. Основной причиной обращения за медицинской помощью послужило наличие варикозных вен на нижних конечностях. Клинических признаков пельвио-перинеального венозного рефлюкса (вульварный, промежностный, ягодичный варикоз) не обнаружено. Расширение внутритазовых вен выявлено в ходе планового ультразвукового исследования органов малого таза. По данным УЗАС вен таза и нижних конечностей у всех этих больных обнаружена варикозная трансформация параметральных вен, сочетание расширения и рефлюкса крови по параметральным и левой гонадной вене выявлено у 2 пациенток.

Расширения вен промежности и вульвы при выполнении УЗАС не выявлено. Поражение вен нижних конечностей заключалось в наличии сафено-

фemorальной недостаточности. Феномен отсутствия ХТБ, других признаков ТВП у части женщин с варикозной трансформацией тазовых вен до конца не ясен и исследования в этом направлении продолжаются. Учитывая отсутствие клинических признаков ТВП оперативные вмешательства на внутритазовых венах не выполняли. В качестве основного метода лечения этих пациенток использованы кроссектомия и PIN-стриппинг на бедре в сочетании с минифлебэктомией в бассейне большой подкожной вены (БПВ). Надфасциальная перевязка перфорантных вен выполнена 14 пациенткам, у которых при УЗАС обнаружены крупные (более 5 мм) перфорантные вены в зоне Кокетта. Операции на левой нижней конечности выполнены 19 больным, на правой – 5 женщинам. Осложнений в ходе выполнения оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде не было. В течение ближайшего послеоперационного периода каких-либо признаков тазового венозного полнокровия не отмечено. Хирургические вмешательства у 2 больных с клапанной недостаточностью левой гонадной вены не выполняли, т.к. отсутствовали признаки тазового венозного полнокровия. В связи с наличием у больных клапанной недостаточности параметральных, а в 2 случаях – и гонадных вен им рекомендован курсовой прием микронизированного диосмина в дозе 1000 мг/сут в течение 2 месяцев 2 раза в год на протяжении 3 лет наблюдений.

За 3 года наблюдений за пациентками этой группы, признаков возникновения симптомов ТВП, рецидива ВБНК, появления вульварного варикоза выявлено не было. Повторные УЗАС вен таза свидетельствовали о стабильном течении ВБТ, диаметр параметральных и гонадных вен и характер кровотока в них не претерпели существенных изменений. Пельвиоперинеальный венозный рефлюкс не выявлен ни в одном из наблюдений.

Лечение пациенток с варикозной болезнью таза, синдромом тазового венозного полнокровия и варикозной болезнью нижних конечностей (2 группа)

Наличие тазовой боли, расширение и рефлюкс крови по яичниковым и

параметральным, маточным венам по результатам лучевых методов исследования рассматривали как показание к хирургическому вмешательству на гонадных венах. Сочетанное поражение левой овариальной, параметральных, маточных и большой подкожной вены выявлено у 9 больных. Клинических признаков пельвио-перинеального венозного рефлюкса (вульварный, промежностный, ягодичный варикоз) не обнаружено. При выполнении овариографии и тазовой флебографии очевидных анатомических связей между гонадными венами и притоками внутренней подвздошной вены выявлено не было. Все пациентам 2 группы операции выполняли одномоментно, но первым этапом хирургического лечения выполняли вмешательство на гонадной вене, вторым – на большой подкожной вене.

Открытая внебрюшинная резекция левой гонадной вены выполнена 6 пациенткам, эндоскопическая трансперитонеальная резекция – 1, эндоскопическая ретроперитонеальная резекция – 1, эндоваскулярная эмболизация – 1, PIN стриппинг и минифлебэктомия в бассейне БПВ – 9 (слева – 6, справа-3). Осложнений в ходе выполнения оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде не было. Хроническая тазовая боль в этой группе больных уменьшилась с $6,8 \pm 1,4$ до 1 балла в течение первого месяца после операции.

Учитывая тот факт, что после проведенных хирургических вмешательств у пациенток сохранялись варикозные вены матки и параметрия, им рекомендован двухмесячный курс флеботропной терапии с использованием микронизированного диосмина в суточной дозе 1000 мг. В течение 3 лет наблюдений за пациентками 2 группы рецидив ТВП выявлен у 1 пациентки, повторного возникновения ВБНК либо развития вульварного варикоза не обнаружено ни в одном из случаев. Хроническая тазовая боль возобновилась у 1 больной, перенесшей открытую внебрюшинную резекцию левой гонадной вены через 1 год после вмешательства. После дообследования, включавшее УЗАС, овариографию и тазовую флебографию, было установлено, что причиной рецидива ТВП послужил крупный приток с патологическим рефлюксом крови в

культе левой гонадной вены, который не был обнаружен и не резецирован во время первой операции.

В этой группе больных отмечено достоверное уменьшение диаметров тазовых вен, частоты встречаемости их клапанной недостаточности и снижение выраженности кровенаполнения тазовых органов в сравнении с исходными параметрами по результатам УЗАС и ЭКТ тазовых вен. Уменьшение поперечного сечения тазовых вен характеризовались снижением частоты обнаружения их клапанной недостаточности: вены параметрия – со 100 до 24%; маточные вены со 100% до отсутствия таковой. Уменьшение диаметров параметральных и маточных вен и частоты обнаружения обусловлено, вероятно, ликвидацией вертикального рефлюкса крови по левой гонадной вене, что сопровождалось снижением тазовой флебогипертензии. Расширения и клапанной недостаточности правой гонадной вены не было выявлено ни в одном из наблюдений в отдаленном послеоперационном периоде. Результаты ЭКТ вен таза свидетельствовали о неуклонном уменьшении явлений застоя крови в малом тазу. Значения Ктвп снизились за 36 месяцев наблюдений в 3 раза, с $1,76 \pm 0,07$ до $0,58 \pm 0,05$

Лечение пациенток варикозной болезнью таза, вульварным варикозом, синдромом тазового венозного полнокровия и варикозной болезнью нижних конечностей (3 группа)

Среди пациенток этой группы у 41 выявлены симптомы ТВП, у 32 единственным клиническим признаком ВБТ служили варикозные вены наружных половых органов (24 женщины) и задней поверхности бедра (8 больных). Кроме того, среди пациенток с тазовой болью при УЗАС тазовых вен выявлена только изолированная клапанная недостаточность параметральных (100%) и маточных (13,3%) вен, что, в свою очередь, не предполагало выполнения МСКТ либо СОТФ и хирургического вмешательства на внутритазовых венах. Пельвико-перинеальный рефлюкс, выявленный при УЗАС у 32 пациенток (43,8% от количества больных 3 группы; 30,2% среди всех обследованных больных) сопровождался ретроградным кровотоком из вен

влагалища (18/56,25%), внутренней срамной вены (6/20%) и нижней ягодичной вены (8/26,7%). У пациентов с варикозом задней поверхности бедра по данным УЗАС отсутствовала клапанная недостаточность большой и малой подкожных вен.

Кроссэктомия, PIN стриппинг и минифлебэктомия в бассейне БПВ выполнены 63 пациенткам (54 – слева, 9 – справа), из них 14 - в сочетании с флебэктомией в промежности (6 - левая большая половая губа; 4 – правая). Инверсионная флебэктомия малой подкожной вены (МПВ) в верхней трети и минифлебэктомия в этом венозном бассейне проведены 2 больным. Изолированная минифлебэктомия на задней поверхности бедра без вмешательств на поверхностных венозных магистралах нижних конечностей выполнена 8 больным (5 – слева, 3 – справа). Склерооблитерация вульварных вен (7 – слева, 3 – справа) выполнена 10 пациенткам.

Таким образом, *основным способом коррекции пельвио-перинеального венозного рефлюкса* в нашем исследовании была флебэктомия в промежности, на бедре и склерооблитерация варикозных вен наружных половых органов. На наш взгляд, тщательная мобилизация и удаление поверхностных вен половых губ и бедра служит надежным методом ликвидации патологического рефлюкса из внутритазовых в поверхностные вены промежности и нижних конечностей. Сформировавшийся под влиянием различных факторов пельвио-перинеальный рефлюкс можно сравнить с клапанной недостаточностью перфорантной вены. Если этот сосуд технически правильно мобилизовать и перевязать, образование нового вено-венозного сброса именно через эту перфорантную вену будет невозможно. Безусловно, нет гарантий того, что не произойдет формирование нового пельвио-перинеального рефлюкса по другому притоку внутренней подвздошной вены. Но и выполнение селективной эмболизации металлическими спиралями обнаруженного при тазовой флебографии коммуниканта между внутритазовыми и поверхностными венами промежности и нижних конечностей не сможет обеспечить отсутствие в последующем аналогичного венозного рефлюкса через другой сосуд.

Для изучения возможностей флебосклерозирующего лечения 10 пациенткам этой группы выполнена склерооблитерация вульварных вен в амбулаторных условиях через 3-4 недели после проведения оперативного вмешательства. Диаметр вульварных вен у них по данным УЗАС не превышал 6 мм. По нашему мнению, в случае расширения вен наружных половых органов более 5-6 мм целесообразно выполнять флэбэктомию в промежности

После выполнения пункции вульварной вены вводили от 0,5 до 1 мл 1% раствора полидоканола. Сразу после введения препарата на место инъекции накладывали марлевый валик и просили пациентку в течение 5 минут осуществлять мануальную компрессию этой зоны. Аллергических реакций во время проведения процедур не было. Количество сеансов склеротерапии не превышало 2. В последующем рекомендовали использовать плотное нижнее белье. Повторный осмотр осуществляли через 3 дня. В случае определения при пальпации плотных тромбированных вульварных вен дальнейшее флебосклерозирующее лечение прекращали и наблюдали за пациенткой путем контрольных визитов через 3-5 дней. Если в ходе наблюдения отмечали регресс воспалительных изменений и ликвидацию варикозного синдрома лечение прекращали. Осматривали пациенток повторно через 1, 12, 24, 36 месяцев. В случае сохранения варикозных вен на половых губах проводили повторные инъекции склерозирующего препарата, соблюдая указанный выше регламент осмотра больных. Технический успех – купирование вульварного варикоза, достигнут в 100% случаев. Ближайшие результаты после проведения флебосклерозирующего лечения позволили заключить, что склерооблитерация служит эффективным способом лечения вульварного варикоза, в 100% случаев отмечена ликвидация варикозных вен наружных половых органов. Его можно рассматривать в качестве альтернативы оперативному вмешательству при обнаружении у больных сочетанной ВБТ и ВБНК расширения вен больших половых губ.

За трехлетний период наблюдений среди 73 больных у 41 отмечены слабовыраженные тазовые боли (до 2 баллов), которые эффективно купированы

применением флеботропного лечения. Рецидив ВБНК диагностирован у 6 (8,2%) пациенток: у 2 женщин он был обусловлен варикозной трансформацией вены, самостоятельно впадавшей в общую бедренную вену, в 2 случаях – рефлюксом по неперевязанному приустьевому притоку БПВ, у 2 больных причиной рецидива послужил не устраненный рефлюкс по перфорантной вене Додда.

Проведенные исследования позволили разработать алгоритм лечения больных сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей, основанный на клинических проявлениях ВБТ и результатах инструментальных методов исследования, предоставляющих информацию о распространенности поражения внутритазовых и поверхностных вен промежности и нижних конечностей. Он предполагает выполнение кроссэктомии и флебэктомии в случае сочетания асимптомной ВБТ и клинически манифестировавшей ВБНК с клапанной недостаточностью поверхностных венозных магистралей вне зависимости от распространенности поражения внутритазовых вен, вовлеченности в патологический процесс гонадных вен. Симптомы ТВП, обусловленные клапанной недостаточностью гонадных, параметральных и маточных вен в сочетании с ВБНК и клапанной недостаточностью большой и/или малой подкожных вен служат показанием к выполнению прямой либо эндоскопической резекции гонадных вен или эндоваскулярной эмболизации яичниковых вен и кроссэктомии с инвагинационной флебэктомией на нижней конечности. Симптомная форма ВБТ с расширением и рефлюксом крови только по параметральным и маточным венам, наличием вульварного варикоза и ВБНК с поражением стволов большой либо малой подкожных вен определяет использование удаления либо склерооблитерации вульварных вен, кроссэктомии и PIN-стриппинга большой/малой подкожных вен.

Флеботропное лечение сочетанной варикозной болезни вен таза и нижних конечностей

Хроническая тазовая боль как основной симптом ТВП выявлена у 50 пациенток с сочетанной ВБТ и ВБНК. Из них у 41 пациентки основным методом лечения венозного полнокровия тазовых органов служило

использование микронизированного диосмина в стандартной дозировке, 1000 мг/сут в течение 2 месяцев после выполнения операций на венах таза и нижних



конечностей. Основной целью этого лечения рассматривали влияние флеботропной терапии у больных с варикозной трансформацией вен таза, промежности и нижних конечностей на тазовую боль после оперативных вмешательств на вышеуказанных сосудах. Проведенное исследование показало высокую эффективность микронизированного диосмина в купировании ХТБ у данной категории больных. Отмечено снижение выраженности пелвалгий на 2 неделе венотонического лечения и последующее их купирование после первого месяца приема препарата (рис. 2).

Рис. 2. Динамика уменьшения тазовой боли на фоне флеботропной терапии у пациенток с сочетанной ВБТ и ВБНК.

У 18 больных тазовые боли не беспокоили в течение $6,2 \pm 1,4$ месяцев, у 23 женщин ХТБ возникли через $3,6 \pm 1,2$ месяца после окончания венотонического лечения. В течение 3 лет наблюдений пациентки использовали от 2 до 4 курсов флеботропной терапии. Показанием к возобновлению приема веноактивного препарата служило возобновление тазовых болей. Побочных и нежелательных эффектов, обусловленных приемом препарата не выявлено.

Положительный клинический эффект приема микронизированного диосмина после оперативного лечения на венозный отток из малого таза подтвержден результатами ультразвуковых и радионуклидных исследований.

На фоне сохранения расширения и клапанной недостаточности параметральных и маточных вен у пациенток обнаружено уменьшение Ктвп с

1,26±0,05 до начала венотонической терапии до 0,74±0,06 через 3 года наблюдений. Данный факт убедительно доказывает, что современные флеботропные препараты на основе диосмина позволяют эффективно и безопасно купировать проявления ТВП при изолированном расширении параметральных и маточных вен у больных сочетанной ВБТ и ВБНК.

Таким образом, применение разработанной тактики лечения сочетанной варикозной болезни таза и нижних конечностей сопровождается минимальным количеством повторного возникновения варикозных вен нижних конечностей (5,6%) и наружных половых органов (1,9%) в общей группе больных, купированием симптомов ТВП, в первую очередь – хронической тазовой боли.

ВЫВОДЫ

1. Частота пельвико-перинеального рефлюкса у пациенток с сочетанием варикозной болезни таза и нижних конечностей составляет 30,2%. Хирургические вмешательства на внутритазовых венах показаны лишь 8,5% больных сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей. Флебэктомия в промежности служит эффективным и надежным методом лечения вульварного варикоза, ликвидации пельвико-перинеального венозного рефлюкса.

2. Склерооблитерация варикозных вен наружных половых органов является альтернативной методикой лечения вульварного варикоза и сопровождается минимальным количеством рецидива заболевания.

3. Показаниями к выполнению тазовой флебографии, левосторонней ренофлебографии и селективной овариографии служит наличие симптомов тазового венозного полнокровия в сочетании с клапанной недостаточностью параметральных, маточных и гонадных вен, явлениями компрессии левых почечной и общей подвздошных вен, обнаруженных с помощью ультразвукового ангиосканирования.

4. Основными способами лечения сочетанной варикозной болезни таза и нижних конечностей служат флебэктомия в промежности, на нижних конечностях и склерооблитерация вульварных вен.

5. Применение веноактивных препаратов является неотъемлемым компонентом лечения пациенток с сочетанной варикозной трансформацией вен таза и нижних конечностей вне зависимости от объема хирургических вмешательств на венозной системе таза и/или нижних конечностей.

6. Применение разработанной тактики лечения сочетанной варикозной болезни таза и нижних конечностей сопровождается минимальным количеством повторного возникновения варикозных вен нижних конечностей (5,6%) и наружных половых органов (1,9%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для выявления пельвио-перинеального венозного рефлюкса целесообразно использовать ультразвуковое ангиосканирование вен промежности.

2. Рентгеноконтрастную флебографию следует применять в случае клинической картины тазового венозного полнокровия в сочетании с клапанной недостаточностью гонадных вен либо выявления ультрасонографических признаков сдавления левых почечной и общей подвздошной вен.

3. Флебэктомия в промежности необходима в случае наличия конгломератов варикозных вен на наружных половых органах, диаметр которых по данным УЗАС превышает 5 мм.

4. Склероблитерацию вульварных вен следует выполнять при их расширении не более 5 мм. Необходимо рекомендовать пациенткам предохранение от беременности в течение не менее 6 месяцев после выполнения склеротерапии.

5. Эндоваскулярная эмболизация притоков внутренних подвздошных вен не является обязательным компонентом лечения больных с сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей, пельвио-перинеальным рефлюксом.

6. В случае выполнения комбинированных хирургических вмешательств на внутритазовых и поверхностных венах нижних конечностей первым этапом

следует осуществлять резекцию/эмболизацию гонадных вен, вторым – операцию на нижней конечности.

7. Флеботропное лечение следует рекомендовать всем больным сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей вне зависимости от объема оперативного вмешательства.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Темирболатов, М.Д. Тактика лечения сочетанной варикозной болезни вен таза и нижних конечностей. / Гаврилов С.Г., Сажин А.В., // **Флебология 2017. -Т.-11. -№3. С.120-131.**

2. Темирболатов, М.Д. Эндоскопические технологии в диагностике и лечении тазового венозного полнокровия /Сажин А.В., Гаврилов С.Г., Темирболатов, М.Д. // **Флебология. 2017. -Т.11. -№3.- С.146-154.**

3. Темирболатов, М.Д. Варикозные вены таза как причина вульварного варикоза и варикозной болезни нижних конечностей. / Гаврилов С.Г., Турищева О.О., Темирболатов, М.Д. // **Ангиология и сосудистая хирургия. 2017. -Т.-23. - №4. -С.171-180.**

4. Темирболатов, М.Д. Хирургическая коррекция пельвио-перинеального венозного рефлюкса. / Гаврилов С.Г., Иманалиев М.Р., Турищева О.О., Темирболатов, М.Д. // **Материалы I Съезда хирургов Дальневосточного федерального округа. Сборник тезисов. 13-15 сентября 2017. Владивосток. - С.61 – 62.**

5. Темирболатов, М.Д., Иманалиев М.Р., Гаврилов С.Г. Рационализаторское предложение №18-1526, «Способ хирургической коррекции пельвио-ингвинального венозного рефлюкса у женщин» ФГБУ ВО «ДГМУ» Минздрава России. 2018.