
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ СИНДРОМА ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ МАЛОГО ТАЗА

Б.А. Мизаушев, А.Д. Асланов,
Ф.А. Тхакахова, Ф.Х. Баева

Кафедра госпитальной хирургии
Медицинский факультет
Кабардино-Балкарского государственного университета
ул. Чернышевского, д. 173, Нальчик, 360004

Проведен анализ результатов хирургического лечения 2350 больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Рецидив варикозной болезни выявлен у 112 (4,8%). Мужчин было 17 (15,2%), женщин — 95 (84,8%). У 87 женщин установлена связь рецидива варикозной болезни с полнокровием вен малого таза. У 33 больных из этой группы проводили консервативное лечение, 30 подвергнуты только оперативному лечению — резекции гонадных вен, 24 пациента получили комплексное консервативное и оперативное лечение. Наилучшие результаты получены в группе больных, получивших комплексное консервативное и хирургическое лечение. Делается вывод о том, что при варикозной болезни нижних конечностей у женщин до решения вопроса об оперативном вмешательстве необходимо исследование венозной гемодинамики малого таза (ультразвуковая доплерография, цветное дуплексное, триплексное ангиосканирование) и при выявлении венозного полнокровия следует осуществлять вмешательства, направленные на ликвидацию патологического рефлюкса с целью профилактики рецидива варикозной болезни.

Ключевые слова: варикозная болезнь, рецидив, полнокровие вен малого таза, резекция гонадных вен.

Варикозная болезнь — одно из заболеваний, издавна известных человечеству. Несмотря на многовековую историю, проблема диагностики и лечения варикозной болезни и в настоящее время не утратила своего значения [5, 6].

В США и странах Западной Европы частота варикозной болезни достигает 25,0%. В России различными формами варикозной болезни страдают более 30 млн человек [2].

В настоящее время существуют все необходимые предпосылки для своевременного выявления варикозной болезни, что позволяет выбрать оптимальный метод лечения в зависимости от стадии, формы заболевания и степени выраженности хронической венозной недостаточности. Вместе с тем хирургическое лечение варикозной болезни оставляет целый ряд нерешенных вопросов. В частности, это касается рецидива варикозной болезни после оперативных вмешательств. Частота возникновения рецидивов заболевания служит основным критерием при оценке эффективности того или иного метода лечения. Однако в литературе имеются противоречивые сведения о частоте и времени возникновения рецидива варикозной болезни, что объясняется отсутствием единого взгляда на понятие рецидива варикозной болезни.

С целью более конкретного определения понятия «рецидив» некоторые авторы выделяют «истинные» и «ложные» рецидивы. В.С. Можельский и соавт. (цит. по В.С. Савельеву) считают рецидив ложным, если варикозное расширение поверхностных вен возникает в тех областях, которые локализируются в стороне от зоны произведенной операции. К истинным рецидивам они относят варикозное расширение вен, возникшее вследствие дефектов в методике операции [5]. Мы считаем, что о рецидиве варикозной болезни необходимо говорить с учетом того, что это заболевание носит хронический прогрессирующий характер. Рецидив — это появление варикозно-расширенных вен в зоне проведенного хирургического лечения в том случае, если операция была выполнена неадекватно. Трансформация вен, интактных на момент операции, является не рецидивом, а признаком дальнейшего прогрессирования заболевания.

Обобщая вышесказанное, следует отметить, что и в настоящее время в литературе единого мнения по данному вопросу не существует. К возможным причинам рецидивирования варикозной болезни можно отнести организационные, диагностические, тактические и технические ошибки в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей [1, 3].

Варикозная болезнь вен малого таза — заболевание, обусловленное варикозной трансформацией яичниковых вен и внутритазовых венозных сплетений с развитием синдрома тазового венозного полнокровия, основным проявлением которого служит хроническая тазовая боль [3, 4]. Для обозначения варикозной болезни вен малого таза используют ряд терминов: тазовый варикоз, тазовая венозная недостаточность, тазовая венозная патология, варикозная болезнь вен малого таза, варикозное расширение вен малого таза, синдром венозного полнокровия малого таза. Такое разнообразие терминологии говорит об отсутствии единых взглядов на этиопатогенез, диагностику и лечение этого состояния. Следствием указанных обстоятельств являются нередко встречающиеся в настоящее время грубые диагностические ошибки этого заболевания, приводящие к неправильно избранной лечебной тактике.

А. Lechter [7] приводит данные о том, что хроническая пелвалгия, связанная с необнаруженным тазовым варикозом, только в США является причиной 70 000 ненужных гистерэктомий ежегодно. Автор подчеркивает, что даже такое обширное калечащее вмешательство без коррекции основной причины — рефлюкса по гонадным венам, в 14% наблюдений обречено на неудачу.

По данным разных авторов, болевой синдром на фоне варикозного расширения вен малого таза в 15—30% случаев является основной причиной обращения женщин к гинекологам, частота же самого заболевания составляет 6—15%, при этом правильный диагноз ставится лишь у 2% пациенток [3, 4].

Наряду с тем, что полнокровие вен малого таза в настоящее время является проблемой малоизученной, в доступной нам литературе мы не встретили работ, посвященных изучению роли этого заболевания в развитии рецидива варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

Цель исследования — изучить роль венозного полнокровия малого таза в развитии рецидива варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии сосудов на базе кафедры госпитальной хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета в период с 1997 по 2007 г.г. выполнено 2350 операций по поводу варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей. Рецидив варикозного расширения подкожных вен выявлен у 112 (4,8%) больных. Из них мужчин было 17 (15,2%), женщин — 95 (84,8%).

Больным было проведено комплексное обследование, которое включало, кроме стандартных методов, цветное дуплексное ангиосканирование сосудов малого таза, нижних конечностей, УЗИ органов малого таза, ультрасонографию (чрезабдоминальная и трансвагинальная), селективную овариографию, лапароскопию.

Выявлено, что из 17 мужчин у 6 имелась несостоятельность перфорантных вен на уровне нижней трети бедра и верхней трети голени с горизонтальной флебогипертензией, у 9 выявлено варикозное расширение вен в бассейне не обработанной малой подкожной вены, и у 2 — длинная культи большой подкожной вены. Из 95 женщин у 87 выявлен синдром венозного полнокровия малого таза, у 8 — варикозное расширение подкожных вен появилось на фоне посттромботической болезни, после перенесенного оперативного вмешательства. Все 17 мужчин и 8 женщин были повторно оперированы, причины рецидива ликвидированы.

Больные с синдромом венозного полнокровия малого таза отмечали наличие хронической тазовой боли, диспареунию (чувство дискомфорта и боли во время и после полового акта) и дисменорею. Все больные женщины с синдромом венозного полнокровия малого таза разделены нами на 3 группы:

В 1-ю группу вошли 33 (37,9%) больных, которым проводилась комплексная консервативная терапия синдрома венозного полнокровия малого таза после хирургической обработки варикозных узлов на нижних конечностях, с применением флеботропных препаратов, антиоксидантов, нестероидных противовоспалительных средств. Из флеботропных препаратов применяли «Антистакс» в дозе 360 мг в сутки (2 капс. утром) в течение 3 месяцев и «Флебодиа 600» по 1 таб. 1 раз в сутки в течение 2 месяцев.

Во 2-ю группу вошли 30 (34,5%) больных, которым произведено хирургическое лечение синдрома венозного полнокровия малого таза. Из них 20 больным резекция гонадных вен произведена из двухстороннего забрюшинного доступа на протяжении 12—15 см, 10 больным резекция вен произведена из мини доступа в обеих подвздошных областях длиной разреза кожи 2—3 см.

Резекцию гонадных вен производили следующим образом: операцию осуществляли под наркозом, в положении больной на спине из двухстороннего забрюшинного доступа. Разрез кожи выполняли поперечно на 3 см, кнутри и вы-

ше от передневерхней ости подвздошной кости. Послойно рассекали кожу, подкожную клетчатку и фасцию, мышцы живота разделяли по ходу волокон. Брюшину тупым путем отслаивали в медиальном направлении до появления в операционной ране гонадного сосудистого пучка, который включает яичниковые вены и артерию. Позади и медиальнее обнажался мочеточник, что учитывали при выделении гонадных вен. Гонадные вены мобилизовали максимально в проксимальном и дистальном направлениях. Мелкие сосуды, впадающие в яичниковые вены со стороны забрюшинного пространства, перевязывали. Гонадные вены после мобилизации общим блоком лигировали. Адекватной для прекращения рефлюкса крови считали резекцию гонадных вен на протяжении 5—10 см. Операционную рану ушивали послойно. С целью уменьшения операционной травмы 10 больным резекцию производили из мини доступа длиной 2—3 см в обеих подвздошных областях.

В 3-ю группу вошли 24 (27,6%) больных, которым произведено комплексное консервативное и хирургическое лечение.

Результаты и их обсуждение. Все больные с синдромом венозного полнокровия малого таза находились под нашим наблюдением в течение всего периода после операции с периодичностью осмотра в 2 месяца.

Эффективность консервативной терапии в 1-й группе оценивалась по балльной клинической шкале. Баллы подсчитывали следующим образом: 0 — отсутствие симптома, 2 — эпизодическое появление симптома, 4 — постоянный симптом без снижения уровня качества жизни, 6 — выраженный симптом, снижающий качество жизни. В баллах оценивали такие признаки, как чувство тяжести, вечерние распирающие боли и ночные судороги. Из 33 больных у 25 (75,7%) — 2 балла, у 3 (9,1%) — 0 баллов, у 5 (15,2%) — 4 балла. Больные, которые по шкале имели 4 балла, были из группы, получавшей в качестве флеботропного препарата «Флебодию 600». Препарат «Флебодиа 600» прошел рандомизированное исследование в клинике факультетской хирургии РГМУ, где были получены отличные результаты в 77% случаев, хорошие — в 10% и некоторая положительная динамика в 13% случаев. Результаты оценивались по регрессии клинических проявлений [5]. Препарат «Антистакс», являясь флеботропным препаратом, нормализует индекс эластичности бедренной, подколенной вен, улучшает их тонус [4]. У 75,7% больных этой группы был достигнут хороший результат с появлением эпизодически болевого синдрома в нижних отделах живота, который проходил после повторного курса консервативной терапии. Лучше переносился нашими больными препарат «Антистакс». У 3 больных, принимавших «Флебодию 600», наблюдались побочные эффекты в виде изжоги и рвоты. Из этой же группы у 5 больных сохранился постоянный болевой синдром в нижних отделах живота.

Во 2-й группе из оперированных больных болевой синдром появился у 5 в период от 3 до 6 месяцев. После их обследования выявлена недостаточная обработка венозного сплетения широких связок матки. Больные были повторно

оперированы, произведена обработка варикозно-расширенных вен сплетения широких маточных связок. По клинической балльной шкале у 25 больных — 0 баллов, т.е. при адекватной обработке яичниковых вен и впадающих в них коллатералей, как правило, достигается купирование клинических проявлений синдрома венозного полнокровия малого таза. Кроме того, на контрольных доплерограммах после операции выявлено уменьшение диаметра вен гроздевидного сплетения, что подтверждает решающую роль вено-венозного сброса в бассейне яичниковых вен в развитии синдрома венозного полнокровия малого таза.

В 3-й группе достигнута полная ликвидация флебогипертензии в тазовых сплетениях, исчезновение характерной симптоматики синдрома венозного полнокровия малого таза; на контрольных исследованиях выявлено уменьшение диаметра нелигированных вен тазового сплетения; по клинической балльной шкале у всех 24 больных — 0 баллов за весь период наблюдения.

Выводы.

1. Синдром венозного полнокровия малого таза может служить причиной рецидива варикозной болезни нижних конечностей, радикальным методом его лечения является хирургический.

2. Консервативное лечение с применением современных флеботропных препаратов является достаточно эффективным методом, улучшающим качество жизни больных.

3. Комплексное консервативное и хирургическое лечение является наиболее оптимальным методом для ликвидации клинической симптоматики синдрома венозного полнокровия малого таза и профилактики рецидива варикозной болезни нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Балашов А.В., Каралкин А.В. Клиническая и инструментальная диагностика варикозной болезни вен малого таза // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2007. — № 2. — С. 50—55.
- [2] Кательницкий И.И., Куринной А.В. Применение препарата «Антистакс» в лечении хронической венозной недостаточности // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2007. — № 1. — С. 36—40.
- [3] Кириенко А.И. и др. Флебодиа 600 в лечении хронической венозной недостаточности // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2006. — Т. 12. — № 2. — С. 73—77.
- [4] Кириенко А.И., Ревякин В.И. Результаты хирургического лечения варикозной болезни вен малого таза // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2007. — № 1. — С. 36—40.
- [5] Савельев В.С., Думне Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. — М.: Медицина, 1972. — 440 с.
- [6] Савельев В. С. Флебология. — М.: Медицина, 2001. — 663 с.
- [7] Lechter A. Pelvic and vulvar varices: pelvic congestion syndrome in book Varicose veins and telangiectasias. Diagnosis and treatment (second edition) edited by / M. Goldman, R. Weiss // Quality Medical Publishing, Inc. — ST. Louis, Missouri, 1999. — P. 425—448.

SYNDROME OF VENOUS PLETHORA OF SMALL PELVIS AS A RESULT OF THE RELAPSE OF SUBCUTANEOUS VARICOSITY OF LOWER EXTERMITIES

**В.А. Mizayshev, А.Д. Aslanov,
F.A. Tkhakhakhova, F.H. Baeva**

Chair of hospital surgery
The department of medicine
Kabardino-Balkarian State University
Chernishevskogo str., 173, Nalchik, 360004

The analysis of the results of surgical way of treatment of 2350 people, having venous disorder of lower extremities has been carried out. The relapse of venous disorder has been revealed among 112 (4,8%). There were 17 (15,2%) men and 95 (84,8%) women. A connection of the relapse of venous disorder with plethora of vein of small pelvis among 87 women has been determined. Thirty three of them were treated conservatively, other thirty were just subjected to surgical treatment — resection of gonadal veins, twenty four patients had complex, conservative and surgical treatment. Those patients who had complex conservative and surgical treatment obtained the best results. So, there is the following conclusion: before making up the decision of surgical intervention of women having venous disorder of lower extremities it is necessary to examine venous haemodynamic of small pelvis (ultrasonic dopplerography, coloured duplex, triplex angioscanning) and if venous plethora is revealed it is necessary to carry out interventions to liquidate pathological reflex for the purpose of prophylaxis of the relapse of venous disorder.

The key words: venous disorder, relapse, venous plethora of small pelvis, resection of gonadal veins.