

выставить показания для конкретного вида хирургического лечения и прогнозировать результат оперативного лечения в послеоперационном периоде. У пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом 2 типа операцией выбора является операция билиопанкреатического шунтирования, так как она приводит к компенсации сахарного диабета 2 типа в 98% случаев через 1 мес после операции. Продольная резекция желудка у пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом 2 типа показала меньшую эффективность в сравнении с операцией билиопанкреатического шунтирования, но может быть использована у пациентов, которые ранее не подвергались хирургическому лечению методом лапаротомии и у которых отмечается незлокачественное течение сахарного диабета в предоперационном периоде. Бандажирование желудка при морбидном ожирении и сахарном диабете 2 типа показало наименьшую эффективность в компенсации сахарного диабета 2 типа через 1 год после операции, и оно не может быть рекомендовано пациентам с данными метаболическими изменениями как самостоятельная методика, а только как подготовка пациента к операции билиопанкреатического шунтирования.

Литература

1. Аутлев К.М., Медведева И.В., Кручинин Е.В. *Операция билиопанкреатического шунтирования в лечении морбидного ожирения*. Тюмень: Печатник; 2013.
2. Бутрова С.А., Дзогоева Ф.Х. Висцеральное ожирение — ключевое звено метаболического синдрома. *Ожирение и метаболизм*. 2004; 1: 10–6.

3. Фонсека В. *Метаболический синдром* (пер. с англ.). М: Практика; 2011.
4. World Health Organization. Fact sheet: obesity and overweight. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> (accessed 3 January, 2005).
5. Седлецкий Ю.И. *Хирургическое лечение метаболического синдрома*. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2014.
6. Седов В.М., Фишман М.Б., Lantsberg L. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка в лечении больных ожирением. *Вестник хирургии*. 2008; 167 (1): 29–32.
7. Фишман М.Б., Седов В.М., Avinoach E., Lantsberg L. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка в лечении больных ожирением в молодом возрасте. *Эндоскопическая хирургия*. 2007; 6: 18–21.
8. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром: подходы к лечению. *Consilium Provisorum*. 2003; 8: 2–3.
9. Янин Е.Л. и др. Метаболические эффекты хирургического лечения морбидного ожирения. *Уральский мед. журнал*. 2008; 9 (49): 123–6.

References

1. Aultlev K.M., Medvedeva I.V., Kruchinin E.V. *Biliopancreatic bypass surgery in the treatment of morbid obesity*. Tyumen': Pechatnik; 2013 (in Russian).
2. Butrova S.A., Dzogoeva F.Kh. Visceral obesity — a key element of the metabolic syndrome. *Ozhirenie i metabolismism*. 2004; 1: 10–6 (in Russian).
3. Fonseca V. *Metabolic syndrome* (trans. fr. Engl.). M: Praktika; 2011 (in Russian).
4. World Health Organization. Fact sheet: obesity and overweight. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> (accessed 3 January, 2005).
5. Sedletskiy Y.I. *Surgical treatment of metabolic syndrome*. St. Petersburg: ELBY-SPb; 2014 (in Russian).
6. Sedov V.M., Fishman M.B., Lantsberg L. Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obese patients. *Vestnik Khirurgii*. 2008; 167 (1): 29–32 (in Russian).
7. Fishman M.B., Sedov V.M., Avinoach E., Lantsberg L. Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of patients with obesity at a young age. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2007; 6: 18–21 (in Russian).
8. Chazova I.E., Mychka V.B. Metabolic syndrome: treatment approaches. *Consilium Provisorum*. 2003; 8: 2–3 (in Russian).
9. Yanin E.L. and other. Metabolic effects of surgical treatment of morbid obesity. *Ural'skiy Meditsinskiy zhurnal*. 2008; 9 (49): 123–6 (in Russian).

Поступила 18.08.2014

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.14-007.64-07-08-084

ВУЛЬВАРНЫЙ ВАРИКОЗ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

С.Г. Гаврилов^{1*}, Е.П. Москаленко², А.В. Каралкин², А.М. Янина¹, Е.С. Беляева²

¹ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета (заведующий — академик РАН А.И. Кириенко), 117997, Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова» Департамента здравоохранения г. Москвы; 119049, Москва, Российская Федерация

Цель. Разработка диагностической и лечебной тактики при вульварном варикозе (ВВ) в различных клинических вариантах.

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова в течение 2000–2014 гг. на обследовании и лечении находилась 101 пациентка с ВВ, средний возраст составил $29,6 \pm 4,3$ года. Все больные разделены на две группы: 1-я — 61 больная с варикозной болезнью таза (ВБТ) и расширением вульварных вен, 2-я — 40 беременных женщин с ВВ и беременностью от 11 до 38 недель. Пациенткам 1-й группы выполняли ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) тазовых и промежностных вен, ЭКТ тазовых вен, тазовую флебографию и МСКТ. В обследовании беременных пациенток использовали лишь УЗАС.

*Гаврилов Сергей Геннадьевич, доктор мед. наук, профессор, e-mail: gavriloffsg@mail.ru
117997, Москва, ул. Островитянова, д.1.

Результаты и обсуждение. Клинические проявления ВВ в 1-й группе заключались в жалобах на наличие варикозных вен на больших или малых половых губах, боль в области наружных половых органов, тяжесть и жжение в промежности, отечность половых губ к концу дня. Особенностью пациенток с ВВ и ВБТ являлась меньшая частота встречаемости хронической тазовой боли (31%) в отличие от больных ВБТ без вульварного варикоза (тазовая боль до 70%). Оптимальным способом лечения ВВ служит флебэктомия в промежности. Склерооблитерация вульварных вен – альтернативный метод лечения ВВ, обладающий высокими косметическими свойствами. Пациенткам с симптомами тазового венозного полнокровия (ТВП) и ВВ, клапанной недостаточностью гонадных вен следует выполнять вмешательства на яичниковых венах и флебэктомию в промежности. Флеботропное лечение с использованием микронизированной очищенной фракции флавоноидов (МОФФ) позволяет существенно уменьшить хроническую тазовую боль у пациенток с ВВ. Обследование пациенток с ВВ 2-й группы целесообразно ограничивать проведением УЗАС при отсутствии признаков тромбоза тазовых вен. Рассмотрены вопросы сроков возникновения ВВ при беременности, клинического течения ВВ, возможностей диагностики и лечения данной патологии во время беременности. Выявлено, что у 20% беременных пациенток с ВВ сохраняются расширенные вульварные вены в отдаленном послеродовом периоде. Основным методом лечения ВВ при беременности служит флеботропная терапия. Хирургическое лечение ВВ на фоне беременности показано лишь в случае развития осложнений.

Заключение. Вульварный варикоз – частая венозная патология, выявляемая у пациенток с варикозной болезнью таза и нижних конечностей, и у беременных женщин. Его обнаружение диктует необходимость изучения состояния внутритазовых вен. Лечение ВВ может быть различным, от сугубо консервативных мер при беременности до выполнения различных операций на гонадных и вульварных венах.

Ключевые слова: вульварный варикоз; варикозная болезнь таза; диагностика; лечение; флебэктомия; склерооблитерация.

Для цитирования: Анналы хирургии. 2014; 4: 33–46.

VULVAR VARICOSE: DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION

S.G. Gavrilov¹, E.P. Moskalenko², A.V. Karalkin², A.M. Yanina¹, E.S. Belyaeva²

¹Department of faculty surgery №1 Pirogov Russian National Research Medical University, 117997, Moscow, Russian Federation

²Pirogov First city hospital №1, 119049, Moscow, Russian Federation

Objective. The development of diagnostic and therapeutic tactics during VV in different clinical variants.

Material and methods. In the clinic of faculty surgery RSMU within 2000–2014, the examination and treatment were 101 patients with vulvar varicose (VV) at the age of 29.6 ± 4.3 years. All patients were divided into two groups: 61 patient with varicose disease of the pelvis (VDP) and expansion of the vulvar veins and second 40 pregnant women with VV and pregnancy from 11 to 38 weeks. Patients of the 1st group performed duplex scanning (DS) of pelvic and perineal veins, scintigraphy of pelvic veins, pelvic phlebography and computed tomography. In the examination of pregnant patients used only DS.

Results and discussion. Clinical manifestations VV in group 1 consisted of complaints about the presence of varicose veins in large or small labia, pain in the vulva, heaviness and pain in the perineum, swelling of the labia to the end of the day. Feature of patients with VV and VDP was a lower incidence of chronic pelvic pain (31%) in contrast to patients VDP without vulvar varicose veins (pelvic pain up to 70%). The optimal treatment for VV serves as a phlebectomy in the perineum. Sclerotherapy vulvar veins – an alternative method of treatment VV, with high cosmetic characteristics. Patients with symptoms of pelvic congestion syndrome (PCS) and VV, valvular insufficiency gonadal veins should be performed intervention for ovarian veins and phlebectomy in the perineum. Venotonic treatment using micronized purified flavonoid fraction (MPFF) can significantly reduce pelvic pain in patients with VV. Examination of patients with VV 2 groups it is advisable to limit DS with no signs of thrombosis of the pelvic veins. Considered the issues of the timing of the VV during pregnancy, the clinical course of VV, access to diagnosis and treatment of this disease during pregnancy. Revealed that 20% of pregnant patients with VV patients remain advanced vulvar veins in the distant postpartum period. The primary method of treatment VV during pregnancy is venotonic treatment. Surgical treatment of VV against the background of pregnancy is shown only in case of complications.

Conclusion. Vulvar varicose veins – frequent venous pathology found in patients with varicose disease of the pelvis and lower extremities, and pregnant women. Its detection requires the study of the status of internal pelvic veins. Treatment of VV may be different, from a purely conservative measures during pregnancy to perform various operations on gonadal and vulvar veins.

Key words: vulvar varicose; varicose veins of the pelvis; diagnostics; treatment; phlebectomy; sclerotherapy.

Citation: Annaly khirurgii; 2014; 4: 33–46. (In Russ.)

Вульварный варикоз (ВВ) – расширение вен наружных половых органов [1]. Данную патологию выявляют у 22–34% пациенток с варикозной болезнью вен таза и у 18–22% беременных женщин [2]. В послеродовом периоде у 4–8% женщин варикозные вены промежности сохраняются и увеличиваются с течением времени [2, 3]. Вульварный варикоз зачастую не диагностируют в связи с нетипичным расположением варикозных вен, стесне-

нием женщины, а в ряде случаев – с отсутствием каких-либо дискомфортных ощущений у больных. Вместе с тем он является одной из причин венозных тромбоэмболических осложнений как во время беременности, так и вне ее, поверхностной диспареунии и вульводинии, психоэмоциональных и семейных проблем. Цель данной работы – разработка диагностической и лечебной тактики при ВВ в различных клинических вариантах.

Материал и методы

В клинике факультетской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова в период с 2000 по 2014 г. на обследовании и лечении находилась 101 пациентка с ВВ, средний возраст – $29,6 \pm 4,3$ года. Все больные разделены на две группы: 1-я – 61 больная с варикозной болезнью таза (ВБТ) и расширением вульварных вен и 2-я – 40 беременных женщин с ВВ (срок от 11 до 38 недель). Обследование, тактика и методы лечения в этих группах значительно различались.

1-я группа. Помимо клинического обследования и осмотра гинекологом пациенткам выполняли ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вен таза и нижних конечностей. В случае обнаружения расширения и клапанной недостаточности гонадных вен, при наличии признаков тазового венозного полнокровия (хроническая тазовая боль – ХТБ, диспареуния, дисменорея и др.) и планировании хирургического вмешательства на яичниковых венах больным проводили мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) или селективную овариографию и тазовую флебографию (СОТФ) для уточнения анатомических особенностей строения тазовых вен и определения способа хирургического лечения. Подобные исследования выполнены 17 пациенткам с болевой формой ВБТ. Для оценки динамики венозного оттока из органов малого таза до и после флэбэктомии в промежности 24 пациенткам с ВБТ выполнена эмиссионная компьютерная томография (ЭКТ) вен таза с мечеными *in vivo* эритроцитами.

Выявление клапанной недостаточности гонадных вен у женщин с симптомами тазового венозного полнокровия (ТВП) и ВВ служило показанием к выполнению сочетанных операций – резекции гонадных вен и флэбэктомии в промежности. Такие операции выполнены 17 больным. Изолированное удаление вульварных вен проведено 32 пациенткам, у которых обнаружено расширение только внутритазовых венозных сплетений или сочетание расширения гонадных вен и венозных сплетений таза без признаков тазового венозного полнокровия. Склерооблитерация вульварных вен выполнена 12 больным.

2-я группа. Возможности обследования и лечения беременных пациенток с ВВ были ограничены. Все больные направлены на консультацию акушера-гинеколога в нашу клинику для уточнения диагноза и получения рекомендаций по предродовому ведению женщин с расширением вен наружных половых органов. В большинстве случаев диагноз основывался на клинических данных (жалобы, анамнез, местный статус). В случаях выраженного болевого синдрома в промежности, гипогастральной области, подозрении на тромботическое поражение вульварных или внутритазовых

вен пациенткам выполняли УЗАС вен промежности и таза. Тромбофлебит вульварных вен обнаружен у 2 пациенток с беременностью 28 и 32 недели. Кровотечений из вульварных вен или анамнестических указаний на такое осложнение не выявлено. Всем беременным пациенткам проводили консервативное системное и местное лечение. В качестве основного венотонического препарата использовали микронизированную очищенную фракцию флавоноидов (МОФФ, детралекс), применение которого при хронической венозной патологии возможно со II триместра беременности. Из топических средств применяли цинковую пасту, гепаринсодержащие гели. Возможности компрессионной терапии были ограничены назначением лечебного трикотажа I или II класса компрессии (чулки, колготы для беременных) в зависимости от класса хронической венозной недостаточности (ХВН). Кроме того, рекомендовали использовать плотное эластическое нижнее белье.

Результаты и обсуждение

Вульварный варикоз обнаруживают на больших и малых половых губах. Из-за смущения женщина редко упоминает о расширении вен на промежности и их адекватно не осматривают в вертикальном положении пациентки. Нередко ВВ не доставляет каких-либо значимых беспокойств женщине, в связи с чем невозможно достоверно оценить распространенность данного патологического состояния. По нашим данным, ВВ сопровождает течение ВБТ в 32% случаев. Оценить частоту встречаемости расширения вульварных вен у беременных женщин в условиях хирургической клиники не представляется возможным, так как гинекологи направляют на консультацию априори больных с вульварным варикозом. Вместе с тем в редких случаях мы наблюдали больных с расширением вен круглой связки матки и больших половых губ, у которых ошибочно заподозрены паховая грыжа и киста бартолиниевой железы соответственно. Очевидно, есть необходимость совместной работы акушеров-гинекологов и флебологов в изучении эпидемиологии ВВ в России. Возникновение ВВ обусловлено анатомическими связями между венами таза и наружных половых органов. Вульварные вены дренируются в наружную и внутреннюю половые вены, по которым кровь оттекает в большую подкожную и внутреннюю подвздошную вены. Вены больших и малых половых губ имеют анастомозы с маточно-влагалищным сплетением. Кроме этого, связь с тазовыми венами обеспечивают запирающая вена, поверхностная вена, окружающая подвздошную кость, и паховые, клиторные и перинеальные перфоратные вены (рис.1).

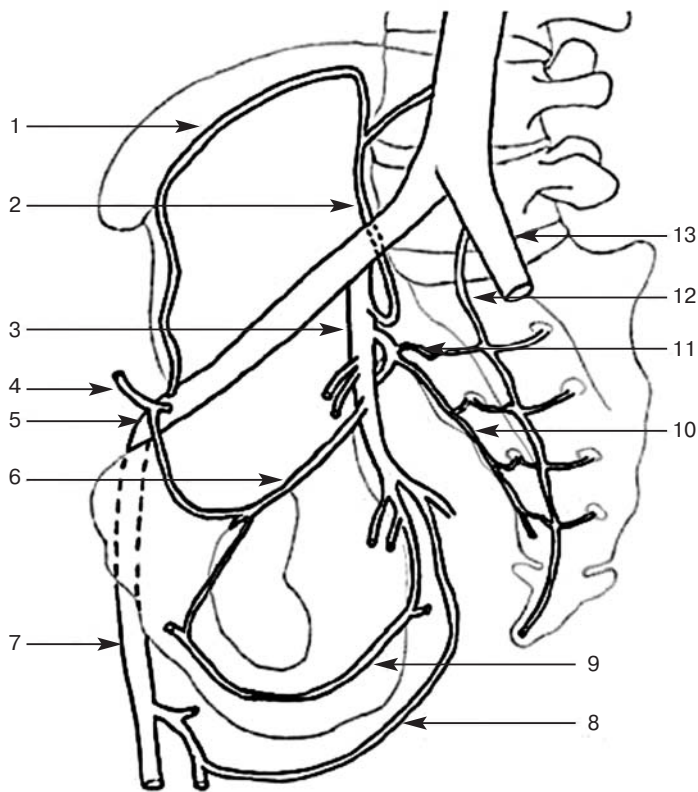


Рис. 1. Схематическое изображение притоков общей, наружной и внутренней подвздошных вен, в которые дренируются вульварные вены [4]:

1 – восходящая ветвь глубокой вены, окружающей подвздошную кость; 2 – илиолюмбальная вена; 3 – внутренняя подвздошная вена; 4 – нижняя эпигастральная вена; 5 – наружная подвздошная вена; 6 – запирающая вена; 7 – бедренная вена; 8 – бедренная ветвь нижней ягодичной вены; 9 – внутренняя половая вена; 10 – нижняя латеральная крестцовая ветвь; 11 – верхняя латеральная крестцовая ветвь; 12 – срединная крестцовая вена; 13 – общая подвздошная вена

Исходя из анатомических связей, нужно четко представлять, что хирургические вмешательства на гонадных венах (резекция, эмболизация) никоим образом не могут воздействовать на расширенные вульварные вены. Лишь редукция кровотока по притокам внутренней подвздошной вены может привести к ликвидации пельвиоперинеального венозного рефлюкса и исчезновению вульварного варикоза.

Больные с варикозной болезнью таза и расширением вульварных вен (1-я группа)

Клинические проявления. Диагноз ВВ не представлял значительных трудностей, было достаточ-

но клинического осмотра для его установления (рис. 2).

Клинические проявления ВВ заключаются в жалобах на наличие варикозных вен на больших или малых половых губах, боль в области наружных половых органов, тяжесть и жжение в промежности, отечность половых губ к концу дня. Частота встречаемости симптомов ВВ представлена на рисунке 3.

Расширение вульварных вен возникало в большинстве случаев у женщин с двумя и более доношенными беременностями (91%) в сроки 12–24 недели (78%). При этом каждая повторная беременность сопровождалась более ранним появлением



Рис. 2. Вульварный варикоз (а, б)

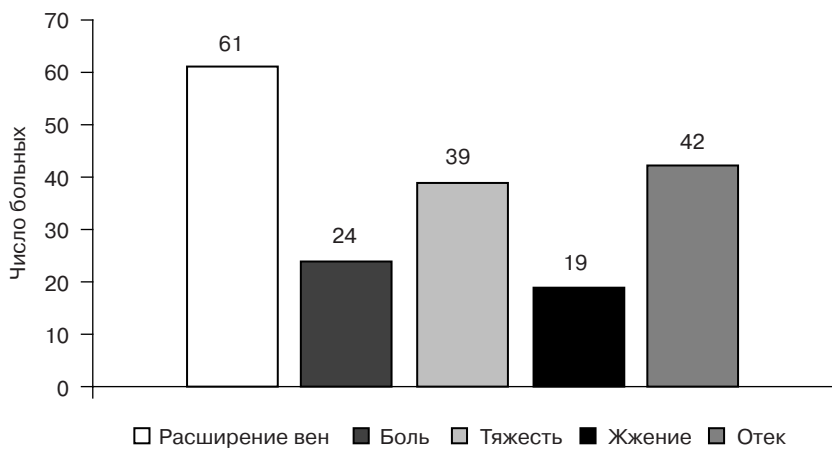


Рис. 3. Частота клинических проявлений вульварного варикоза

и значительно выраженным расширением вен наружных половых органов. Анализ временных показателей возникновения ВВ в зависимости от количества и срока беременности показал, что во время 1-й беременности пациентки отмечали расширение вульварных вен на сроках 18–24 недели, во время 2-й беременности – на сроках 12–18 недель. Характерной особенностью развития и течения ВВ у пациенток 1-й группы служило его неуклонное прогрессирование и сочетание с варикозной трансформацией внутритазовых вен. Двусторонний ВВ диагностирован у 37,5% пациенток, левосторонний – у 30%, правосторонний – у 32,5%.

Другой особенностью пациенток с ВВ и ВБТ являлась меньшая частота встречаемости хронической тазовой боли (31%) в отличие от больных с ВБТ без вульварного варикоза (тазовая боль до 70%). На наш взгляд, это может быть обусловлено несколькими причинами. Во-первых, анатомическая связь вульварных и внутритазовых вен может обеспечивать значительное уменьшение явлений ТВП за счет сброса крови из венозных сплетений таза в вены промежности. Во-вторых, исходя из ноцицептивной концепции венозной боли, можно предположить, что у ряда больных количество ноцицепторов превалирует в поверхностных венах нижних конечностей и промежности, нежели в та-

зовых венах. Помимо этого, длительно существующее венозное полнокровие тазовых органов может привести к гибели большей части болевых рецепторов вен таза, что в свою очередь сопровождается отсутствием или исчезновением хронической тазовой боли у пациенток с ВБТ. Кроме того, количество и расположение рецепторов к эстрогенам и прогестерону в стенке вен также может отличаться у различных индивидов, чем можно объяснить избирательное поражение вен таза и промежности во время беременности, а также преобладание вульварного варикоза над внутритазовым, что в клиническом плане ведет к отсутствию признаков тазового венозного полнокровия. И, наконец, в-третьих, важно учитывать индивидуальную реакцию пациентки на боль, так как у одной больной незначительные болевые ощущения вызывают бурную эмоциональную реакцию и обилие жалоб, а у другой наличие ХТБ не приводит к существенному ухудшению качества жизни. И в этом плане целесообразно использовать различные шкалы оценки боли, в частности, нами применялась модифицированная шкала боли (рис. 4). С ее помощью можно определить индивидуальную переносимость боли, что следует учитывать в лечебном процессе. Проведенные исследования показали, что у пациенток 1-й группы с ВВ и ВБТ тазовая боль не превышала 4 баллов, а реакции на различные виды

| Нет боли _____ | Макс. боль _____ |
|---|------------------|
| <p>При ответе на предложенные вопросы поставьте номер наиболее подходящего варианта (0 баллов – нет боли, 1–2 балла – слабая боль, 3–4 балла – умеренная боль, 5–6 баллов – тяжелая/сильная боль, 7–8 баллов – очень сильная боль, 9–10 баллов – нестерпимая боль).</p> | |
| 1. Как Вы можете описать свою боль сейчас _____ | |
| 2. Как Вы можете описать самый сильный приступ тазовой боли _____ | |
| 3. Как Вы можете описать свою самую слабую тазовую боль _____ | |
| 4. Как Вы можете описать свою зубную боль _____ | |
| 5. Как Вы можете описать свою головную боль _____ | |
| 6. Как Вы можете описать свою желудочную боль _____ | |

Рис. 4. Модифицированная шкала оценки хронической тазовой боли и индивидуальной чувствительности к боли

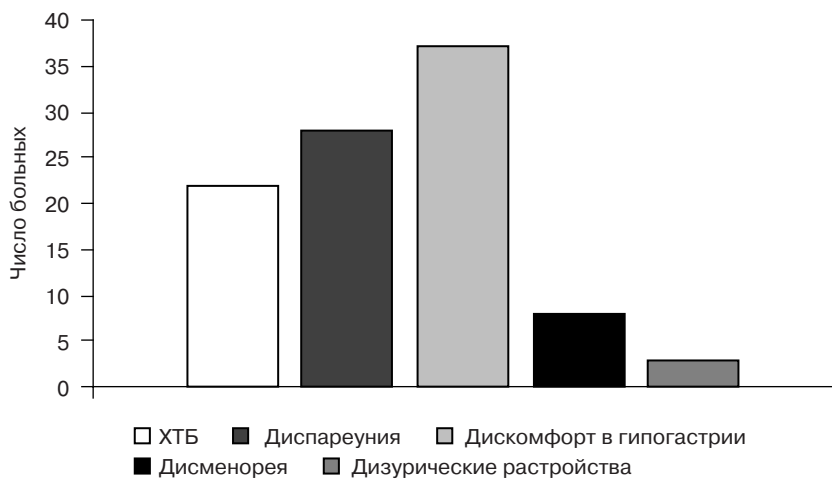


Рис. 5. Частота проявления симптомов тазового венозного полнокровия у пациенток с ВВ и ВБТ

боли колебались в широких пределах — от 2 до 10 баллов.

Клиническая характеристика больных 1-й группы была бы неполной без указания симптомов ВБТ и частоты их встречаемости (рис. 5). Хроническая тазовая боль сопровождала течение ВБТ у 19 (31%) пациенток, коитальные и посткоитальные боли отмечали 28 (45%) больных, дискомфортные ощущения в гипогастриальной области — 37 (60%), нарушения менструального цикла — 8 (13%), частое болезненное мочеиспускание — 3 (4,9%) больных.

Таким образом, пеллалгии отмечены лишь у трети больных с ВВ и ВБТ, а наиболее частым симптомом явились дискомфортные ощущения в нижних отделах живота, возникающие у большинства больных после статических и физических нагрузок.

Инструментальная диагностика. Рутинным методом исследования при вульварном варикозе служит УЗАС вен промежности и нижних конечностей. В ходе исследования оценивали состояние вен больших половых губ, притоков большой подкожной вены и ее ствола, наличие связи между этими сосудами и патологического рефлюкса крови по ним. У 3 (4,9%) пациенток при УЗАС обнаружено дренирование вен больших половых губ в расширенную поверхностную наружную половую вену, что явилось одним из факторов развития ВВ. У всех пациенток отмечена связь вульварных и влагалищных вен.

Обязательным компонентом обследования больных с ВВ являлось проведение УЗАС тазовых вен, включая влагалищные, маточные, параметральные, яичниковые, подвздошные, нижнюю полую и почечные вены. Ультрасонография призвана не только установить факт расширения вен, но и выявить ретроградный кровоток по ним, точно определить диаметр вен и особенности анатомического строения внутритазовых вен. По результатам УЗАС установлено, что во всех случаях имело место расширение вен матки и параметрия,

их диаметр колебался от 5 до 11 мм, патологический рефлюкс крови по ним обнаружен у 54 пациенток. Дилатация и ретроградный кровоток по яичниковым венам выявлены у 23 больных, расширение гонадных вен без ретроградного кровотока по ним — у 4. Это позволило сделать вывод о том, что в ряде случаев расширение яичниковых, маточных и параметральных вен не сопровождается нарушением кровотока по этим сосудам, так как отсутствует патологический рефлюкс крови. Патологии магистральных вен таза, нижней полой и почечных вен не выявлено.

При проведении клинико-инструментальных параллелей нами отмечено, что у пациенток с варикозной трансформацией внутритазовых и вульварных вен ХТБ наиболее часто возникала при сочетании клапанной недостаточности гонадных, маточных и параметральных вен (74% среди пациенток с сочетанной клапанной недостаточностью) и лишь у 10,5% с изолированным расширением тазовых венозных сплетений (среди больных с ХТБ). Кроме того, у 6 женщин с расширением и патологическим рефлюксом крови по гонадным венам и внутритазовым венозным сплетениям отсутствовали какие-либо признаки ТВП, а у 4 пациенток, несмотря на расширение гонадных вен, не было их клапанной недостаточности и клинических признаков венозного полнокровия тазовых органов. Такой разброс клинических и ультрасонографических данных указывает на крайнюю индивидуальность течения ВБТ, клиническая картина которой существенно изменяется при формировании ВВ.

В таблице представлены результаты ультразвукового исследования тазовых вен у пациенток с ВВ и ВБТ.

Дальнейшее обследование больных основывалось на полученных при УЗАС результатах. Пациенткам с ВВ и клиническими признаками ТВП, расширением и рефлюксом крови по гонадным венам выполняли либо МСКТ, либо СОТФ, что было необходимо как для верификации диагноза, так и для уточнения анатомического строения гонад-

Результаты ультразвукового ангиосканирования у пациенток с вульварным варикозом и варикозной болезнью таза ($n = 61$)

| Исследуемые сосуды | Диаметр, мм | Патологический рефлюкс, % |
|---------------------|---------------|---------------------------|
| Вульварные вены | $6,3 \pm 0,8$ | 100,0 |
| Маточные вены | $5,4 \pm 1,2$ | 89,5 |
| Параметральные вены | $7,6 \pm 0,7$ | 89,5 |
| Яичниковые вены | $6,4 \pm 1,8$ | 37,7 |

ных вен, оценки состояния притоков внутренней подвздошной вены, исключения/подтверждения мезоортальной компрессии левой почечной вены, компрессии левой общей подвздошной вены (рис. 6).

Эти исследования были необходимы 17 пациенткам, которым планировали хирургическое вмешательство на гонадных венах.

Лечение. Тактика лечения пациенток с ВБТ и ВВ основывалась на клинических проявлениях и результатах инструментального обследования. Проведенные в клинике исследования позволяют утверждать, что абсолютным показанием для хирургических вмешательств на гонадных венах вне зависимости от наличия или отсутствия ВВ служит клиническая картина тазового венозного полнокровия, расширение и рефлюкс крови по яичниковым венам. Согласно этому принципу внебрюшинная резекция левой гонадной вены выполнена 9 пациенткам, двусторонняя внебрюшинная резекция гонадных вен – 3 и эндоваскулярная эмболизация металлическими спиралями – 5. Вмешательства на гонадных венах проводили первым этапом оперативного лечения, затем выполняли флебэктомию в промежности.

Пациенткам ($n = 32$) с безболевогой формой ВБТ в сочетании с ВВ вне зависимости от вовлечения

в патологический процесс гонадных вен выполнили изолированную флебэктомию в промежности. Предпочтение отдавали удалению варикозных вен из небольших, до 1 см, разрезов, что позволяло полностью удалить конгломераты вен больших половых губ и обеспечить надежный гемостаз (рис. 7).

В случае варикозной трансформации вен малых половых губ, что всегда сопровождалось их гипертрофией, выполняли резекцию малой половой губы совместно с варикозными венами (рис. 8). Данная операция выполнена 3 больным. Осложнений после операций не было, первичное заживление ран отмечено у всех больных. Для оценки степени ТВП и его динамики после удаления вульварных вен 24 пациенткам с ВБТ и ВВ до и после операции выполнили ЭКТ тазовых вен с мечеными *in vivo* эритроцитами. По результатам проведенных исследований возникновения или усугубления скитиграфических признаков ТВП не обнаружено. Не отмечено отрицательной динамики клинических признаков тазового венозного полнокровия, если таковые имелись у больной до операции. Наблюдение за оперированными больными осуществляли в течение 3–8 лет и за этот период рецидива ВВ не было ни у одной из 32 пациенток. Это позволяет утверждать, что удаление вульварных вен не приводит к ухудшению венозного оттока из органов малого таза, а также добиться длительного безрецидивного течения послеоперационного периода. Эта операция показана пациенткам с выраженным вульварным варикозом, расширением вен более 5–6 мм, подозрением или точно установленной связью с крупной внутритазовой веной.

Что касается хирургического лечения пациенток с ВВ и безболевогой формой ВБТ, то следует сказать о необходимости разработки и внедрения

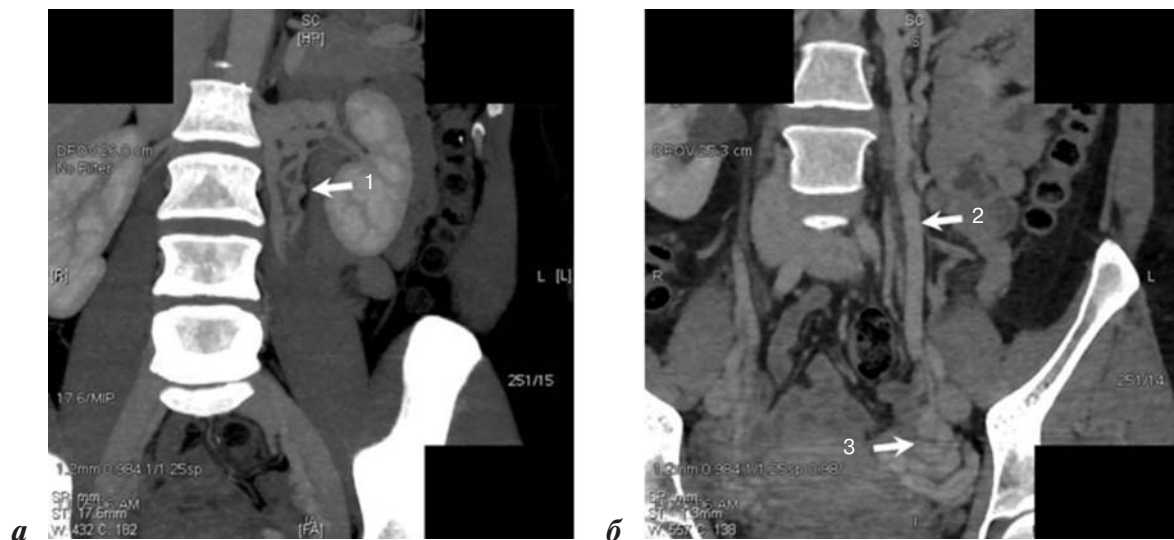


Рис. 6. Компьютерные томограммы (а, б) больной К.:

1 – извитая дополнительная левая гонадная вена; 2 – основной ствол левой гонадной вены; 3 – расширенные гроздевидное сплетение и параметральные вены

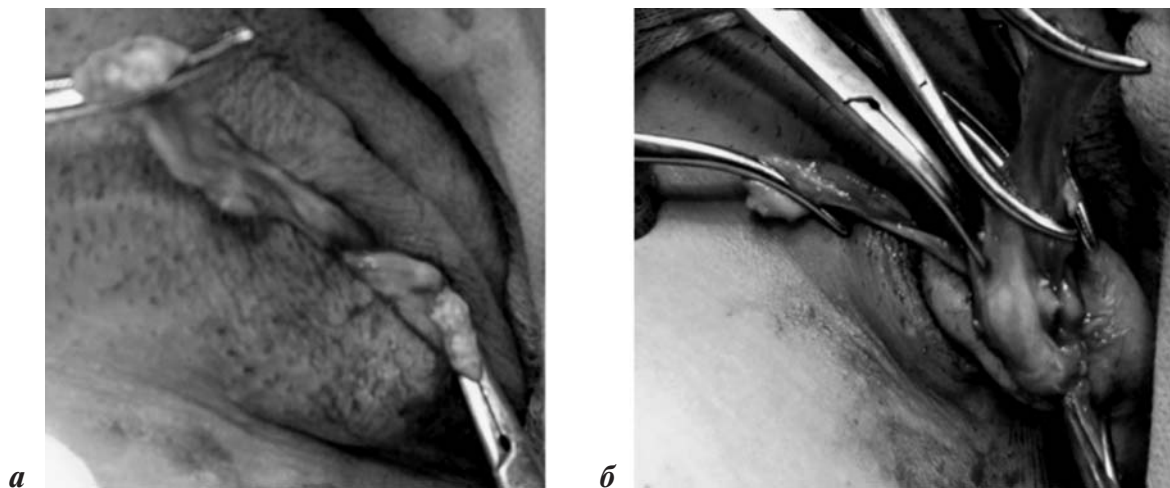


Рис. 7. Этапы (а, б) операции флебэктомии в промежности. Мобилизована крупная варикозная вена правой большой половой губы

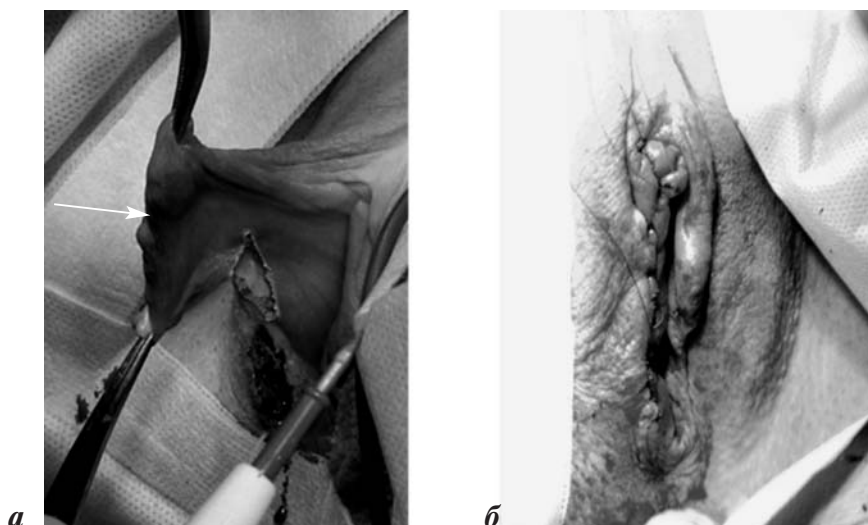


Рис. 8. Резекция и пластика правой малой половой губы у пациентки Р. Этапы операции (а, б). Стрелкой указаны варикозные вены правой малой половой губы

в клиническую практику гибридных операций, направленных на ликвидацию вульварного варикоза и рефлюкса по притокам внутренней подвздошной вены, а именно флебэктомии в промежности и эндоваскулярной эмболизации запирающей и внутренней половой вен, которым отводят основную роль в возникновении ВВ.

По сути, вульварный варикоз служит лишь симптомом ВБТ, и его лечение необходимо сочетать с устранением причины возникновения, а именно — ликвидировать пельвиоперинеальный рефлюкс, если таковой имеется по результатам тазовой флебографии или МСКТ. Эмболизация расширенных и несостоятельных гонадных вен, ретроградный кровоток по которым способствует возникновению венозного полнокровия матки и яичников, можно рассматривать как способ профилактики развития вульварного варикоза у пациенток с ВБТ.

Склерооблитерация вульварных вен в качестве основного метода лечения использована у 12 боль-

ных. Критериями отбора для выполнения данной манипуляции служило отсутствие очевидной связи расширенной вульварной вены с крупным притоком внутренней подвздошной вены (результаты УЗАС) и диаметр вен не более 5–6 мм. Следует отметить, что, безусловно, ультразвуковое исследование не может со 100% точностью проследить ход вены из промежности в малый таз, но вместе с тем, когда мы обнаруживали дренирование вульварной вены в крупную внутритазовую ветвь, от проведения склерооблитерации воздерживались. Возможно, для определения внутритазовых соустьев целесообразно выполнять МСКТ с контрастным усилением, однако этот вопрос нуждается в изучении. Во всех случаях использовали жидкие формы склерозирующих препаратов (этоксисклерол 1%, фибровейн 0,5%). В горизонтальном положении пациентки в вену вводили 1,5–2,0 мл раствора с последующей мануальной компрессией области инъекции в течение 5–7 мин. В последующем рекомендовали ношение плотного

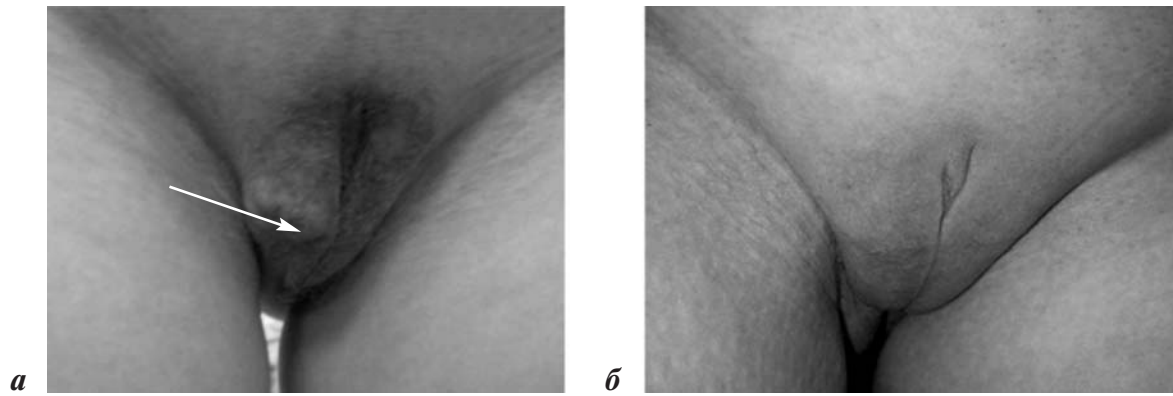


Рис. 9. Вульварный варикоз у больной Н. до (а) и после (б) флебосклерозирующего лечения. Стрелкой указаны расширенные вены правой большой половой губы

эластичного нижнего белья с марлевыми или латексными валиками в зоне варикозных вен в течение 7–10 дней. Повторный сеанс склеротерапии осуществляли после стихания явлений флебита в случае сохранения варикозных вен. Однократной манипуляции было достаточно 9 больным, двукратную склерооблитерацию использовали у 3 пациенток. Купирование варикозного синдрома наблюдали на 10–14-й день после инъекции (рис. 9).

Осложнений после проведения склерооблитерации (кожные изменения, тромбоз тазовых вен, тромбоэмболия легочных артерий, аллергические реакции) не было. Устойчивый лечебный и косметический эффект (отсутствие вульварного варикоза, болей и дискомфорта в промежности, отека половых губ) в течение 1 года наблюдения отмечен у 10 пациенток. Рецидив ВВ обнаружен у 2 больных через 2 и 3 месяца соответственно, что было обусловлено, вероятнее всего, наступившей у этих больных беременностью в ближайшие сроки после склерооблитерации. Значительное и устойчивое увеличение концентрации прогестерона уже на ранних сроках беременности снижает венозный тонус и усугубляет пельвиоперинеальный рефлюкс крови. В то же время повторное появление вульварного варикоза может быть обусловлено и отсутствием адекватной компрессии промежности после манипуляции, так как в настоящее время в России отсутствуют эластические изделия, позволяющие осуществлять компрессионное воздействие на вульварные и промежностные вены.

Тем не менее флебосклерозирующее лечение следует признать эффективным методом, позволяющим купировать симптомы ВВ. Его неоспоримыми достоинствами служат высокая косметичность и возможность выполнения процедур в амбулаторных условиях без использования специальных способов анестезии. Вместе с тем для получения положительного результата необходимо проводить тщательный отбор больных для данного вида лечения, что позволит избежать

таких серьезных осложнений, как тромбоз тазовых вен и тромбоэмболия легочных артерий. И в этом аспекте актуален вопрос разработки показаний к проведению контрастной компьютерной томографии тазовых вен для документальной фиксации связи вульварных и внутритазовых вен, референтной оценки степени расширения этих сосудов.

Консервативное лечение было неотъемлемой частью хирургического и флебосклерозирующего лечения. Это обосновано как с позиций системной терапии хронической венозной патологии, так и с позиций скорейшей реабилитации пациенток после операций. Сохраняющаяся варикозная трансформация вен матки и параметрия, несмотря на отсутствие явлений ТВП, диктует необходимость проведения флеботропного лечения. В качестве предоперационной подготовки 38 пациенткам с ВВ проведен курс веноотонической терапии микронизированной очищенной фракцией флавоноидов в дозе 1000 мг/сут в течение 2 мес. На фоне проводимого лечения отмечено существенное уменьшение таких симптомов, как боль, тяжесть и дискомфорт в промежности, отек половых губ (рис. 10). Таким образом, флеботропная терапия обеспечивает положительное воздействие на вульварные и внутритазовые вены, что, на наш взгляд, способствует уменьшению имеющегося пельвиоперинеального рефлюкса крови у данной категории больных, служит средством профилактики формирования ТВП.

Таким образом, всесторонняя оценка состояния вульварных и внутритазовых вен позволяет определить правильную тактику лечения пациенток с ВВ в сочетании с варикозной болезнью таза, избрать оптимальный метод лечения, обеспечивающий ликвидацию симптомов заболевания и повышение качества жизни больных. Дифференцированный подход в выборе способа хирургического лечения, применения метода склерооблитерации вульварных вен дает возможность минимизировать количество рецидивов заболевания.

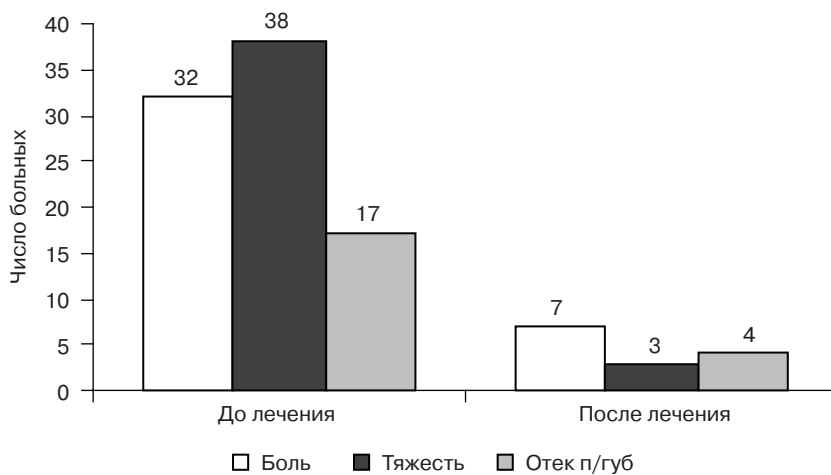


Рис. 10. Динамика симптомов вульварного варикоза на фоне терапии МОФФ

Беременные женщины с вульварным варикозом (2-я группа)

Наиболее часто возникновение ВВ у пациенток данной группы отмечено на сроках беременности 18–20 недель. Первая беременность была у 27, вторая – у 6, третья – у 7 женщин (учитывали лишь доношенные беременности). Из 13 пациенток с повторными беременностями 9 сообщили о повторном появлении ВВ на сроках 12–14 недель, у 4 расширение вульварных вен возникло впервые. Таким образом, у большинства больных (77,5%) ВВ возник впервые, а повторно беременные отмечали более раннее появление варикозных вен половых губ. Двустороннее расширение вен отмечено у 43,5%, левостороннее – у 27%, правостороннее – у 29,5% пациенток. Примерно такие же показатели были у пациенток 1-й группы. Существенные отличия выявлены в соотношениях частоты ВВ при повторных беременностях у пациенток с ВБТ (91%) и беременных женщин (77,5%), а также в отношении стороны поражения вульварных вен – у беременных наиболее часто отмечали двусторонний ВВ. Вместе с тем билатеральное расширение

вен наружных половых органов развивалось, как и в 1-й группе, чаще, чем ипсилатеральное, что указывает на формирование значительного и устойчивого пельвиоперинеального рефлюкса крови во время беременности, сохраняющегося после родоразрешения и в последующем при формировании ВБТ.

Клинические проявления вульварного варикоза у беременных сопровождались жалобами на наличие варикозных вен в промежности, дискомфортные ощущения в этой зоне, отечность половых губ и промежности (рис. 11).

Особенностью симптомов, связанных с ВВ у беременных женщин, служила их большая выраженность, сочетание вульварного, перинеального, пахового варикоза и признаков гормониндуцированной флебопатии (отеки, тяжесть, утомляемость, наличие телеангиоэктазий, ретикулярных вен) или варикозной болезни нижних конечностей у большинства больных (87%). Помимо этого, частыми жалобами являлись наличие кожного зуда и мацерации кожи в области варикозных вен вульвы. Кроме того, у 2 пациенток отмечены симптомы тромбофлебита вульварных вен – интенсивная



Рис. 11. Вульварный варикоз у беременных пациенток (а, б)

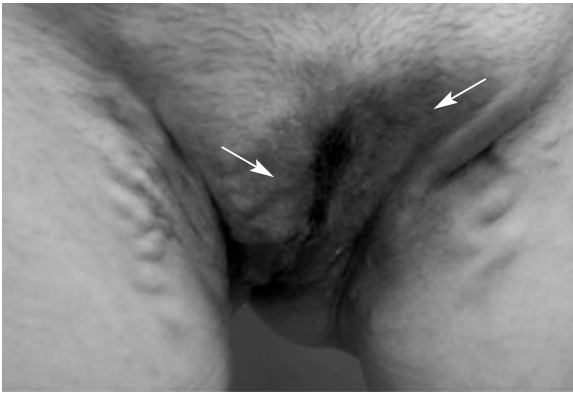


Рис. 12. Тромбофлебит вульварных вен. Гиперемия и отек в области тромбированных вен (стрелки)

боль в области варикозных вен, гиперемия кожи и перивазальный отек (рис. 12).

Тазовые боли достаточно часто сопровождают беременность, в связи с чем мы не расценивали периодически возникающие боли в подвздошно-паховых и надлобковой областях как признаки внутритазовой венозной патологии. Вместе с тем наличие интенсивных болей гипогастральной области, гипертермии служит основанием для выполнения, помимо акушерско-гинекологического исследования, трансабдоминального и трансвагинального УЗАС с целью исключения тромбоза вен таза.

Инструментальное обследование беременных с ВВ было ограничено УЗАС вен промежности и нижних конечностей. Применение данного диагностического теста необходимо не только для верификации диагноза, но и для исключения латентно протекающего тромбоза в системе нижней полой вены при наличии субъективных признаков.

У 56% пациенток обнаружены расширение наружной срамной вены и рефлюкс крови по ней, что служило одной из очевидных причин формирования ВВ. Эта цифра существенно отличается от аналогичной в 1-й группе, где варикозная трансформация наружной срамной вены выявлена лишь у 4,9% больных. На рисунке 13 представлено фото пациентки Г. с беременностью 24 недели, вульварным варикозом и венозным узлом в паховой области в проекции сафенофemorального соустья, что уже при клиническом осмотре позволяет с большой долей вероятности заподозрить клапанную недостаточность устья большой подкожной вены и рефлюкс крови по наружной срамной вене в вульварные вены, что способствовало их варикозной трансформации. Кроме того, визуально определяется варикозный приток большой подкожной вены в верхней трети переднемедиальной поверхности бедра.

Сафенофemorальная недостаточность выявлена у 14 (35%) беременных, из них у 9 (64%) имелся варикозный синдром на нижних конечностях.



Рис. 13. Вульварный и паховый варикоз у беременной Г. (24 недели)

Характерным было более значимое расширение вульварных вен ($1,1 \pm 0,54$ см) по сравнению с 1-й группой больных ($6,3 \pm 0,8$ см).

Результаты УЗАС полностью соответствовали клиническому течению хронической флебопатологии у беременных: системное поражение вен у большинства женщин, симптомы поражения вульварных вен и поверхностных вен нижних конечностей преобладали, расширение вульварных вен более выражено, нежели у пациенток с ВБТ и ВВ. Другой особенностью течения ВВ у беременных было полное его исчезновение в послеродовом периоде у некоторых из них.

Нами проведено наблюдение за 25 больными с ВВ при беременности и в отдаленном (более года) периоде после родов. Выявлено, что у 20% пациенток сохранялись расширенные вульварные вены. Редукция ВВ начиналась с первых дней после родов, полное исчезновение больные отмечали через 2–8 мес после родов (в среднем через $5,8 \pm 1,04$ мес). Характерной особенностью служило сочетание ВВ и варикозной болезни нижних конечностей с рефлюксом крови через сафенофemorальное соустье и по приустьевым притокам у 7 (28%) больных, а расширение вен матки и параметрия в разной степени выраженности обнаружено у всех наблюдавшихся в послеродовом периоде пациенток. Другой особенностью явилась связь времени окончания периода кормления (либо сокращения объема грудного вскармливания) на скорость исчезновения ВВ: укороченный период лактации сопровождался скорейшим уменьшением и исчезновением расширенных вен промежности и наоборот. Это в очередной раз доказывает тот факт, что основным фактором возникновения варикозных вен на нижних конечностях, в промежности и малом тазу во время беременности являются изменения гормонального фона.

Трансвагинальное и трансабдоминальное УЗАС выполнили 2 пациенткам (28 и 30 недель беременности) с жалобами на боли в нижних отделах живота на протяжении 7 и 10 дней соответственно. Больные осмотрены акушером-гинекологом, им проведено ультразвуковое исследование органов малого таза и плода, акушерских проблем не отмечено. Тромботического поражения внутритазовых вен при УЗАС не выявлено, обнаружены варикозные вены матки и параметрия, влагалища с патологическим рефлюксом крови по ним. Следует отметить, что в ряде случаев целесообразно проведение УЗАС вен влагалища для прогнозирования опасности кровотечения при родах. Обычно это необходимо выполнять беременным пациенткам с выявленными при гинекологическом исследовании крупными варикозными венами влагалища, определяемыми визуально. В нашем исследовании таких пациенток не было.

УЗАС подтвердило наличие тромбоза вен вульварных вен у 2 больных. Им выполнено ультразвуковое исследование вен нижних конечностей. Распространение тромботического процесса на наружную срамную вену с приустьевой локализацией тромба выявлено у 1 пациентки. Для исключения латентного тромбоза тазовых вен выполнена их ультрасонографическая оценка, которая показала отсутствие тромбов в нижней полости, подвздошных венах и их притоках.

Дальнейшее инструментальное обследование больных 2-й группы считали нецелесообразным, так как патологические изменения венозного русла системы нижней полой вены в большинстве случаев претерпевают обратное развитие в послеродовом периоде. Диагностические и лечебные задачи, связанные с патологией тазовых вен, решали после окончания периода лактации и восстановления нормального менструального цикла.

Лечение. Основным методом лечения ВВ при беременности служила флеботропная терапия. Учитывая тот факт, что у большинства женщин расширение вен наружных половых органов происходило во II и III триместрах беременности, мы считали возможным применение препаратов диосмина (МОФФ). Использование микронизированной очищенной флавоноидной фракции (детралекс) не приводило к полному исчезновению симптомов, связанных с ВВ, но уменьшало их выраженность. Кроме того, при появлении кожного зуда, мацераций кожи в области варикозных вульварных вен рекомендовали применение блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов и цинковой пасты, что приводило к купированию данных симптомов.

В качестве средства компрессионного лечения мы рекомендовали ношение плотного эластичного нижнего белья с использованием марлевых или специальных латексных подушечек. Это способствовало уменьшению таких неприятных симптомов,

как тяжесть и отек половых губ. Специального компрессионного трикотажа для беременных с вульварным варикозом в нашей стране не существует.

Хирургическое лечение ВВ на фоне беременности показано лишь в случае развития осложнений. В нашем исследовании только одной больной тромбозом вульварных вен и приустьевым тромбозом левой наружной срамной вены выполнена экстренная операция кроссэктомии. Развитие локального тромбоза вульварных вен служило показанием к проведению антикоагулянтной терапии в промежуточных дозах с использованием современных низкомолекулярных гепаринов.

Другим аспектом проблемы вульварного варикоза у беременных служит способ родоразрешения. Нередко акушеры-гинекологи, обнаружив конгломерат варикозных вен на половых губах, расценивают это как показание к кесареву сечению. Наш опыт показывает, что вульварный варикоз не является противопоказанием к родоразрешению естественным путем, так как периоперационные риски кесарева сечения превышают риски развития кровотечения из варикозных вен половых губ. Последнее развивается крайне редко и легко устраняется путем прошивания кровоточащего сосуда. Одним из косвенных показаний к кесареву сечению можно рассматривать наличие значительно расширенных вен влагалища (влагалищный варикоз). Визуальное обнаружение крупных (1 см и более) венозных узлов на стенках влагалища, подтвержденное результатами УЗАС, должно насторожить как акушера, так и флеболога или сосудистого хирурга в плане выбора способа родоразрешения. Вместе с тем в таких ситуациях необходимо учитывать не только сам факт влагалищного варикоза, но и другие факторы, которые могут способствовать развитию венозного кровотечения в родах, в первую очередь – акушерские проблемы. Такой подход позволит избежать ненужных операций, минимизировать риск кровотечения из варикозных вен во время родового периода.

Антикоагулянтную профилактику венозных тромбозов и эмболических осложнений у беременных с ВВ проводили в случае развития тромбоза вульварных вен или при сочетании выраженного ВВ с варикозной болезнью нижних конечностей. На наш взгляд, профилактическая доза низкомолекулярного гепарина не приведет к значимым изменениям гемостаза, но с большой долей вероятности позволит предотвратить венозный тромбоз и легочную эмболию во время беременности. Такой подход использован нами у 23 пациенток 2-й группы. Осложнений гепаринопрофилактики за время наблюдения не выявлено.

Профилактика вульварного варикоза

Сложно предложить какие-либо профилактические методы, направленные на снижение риска формирования ВВ с учетом того, что основной

фактор его развития – беременность, то есть период, когда и врач, и пациентка ограничены в назначении и выполнении различных лечебных мероприятий. Тем не менее выполнение элементарных рекомендаций по правильной организации труда и отдыха пациенток, исключающей длительные статические и тяжелые физические нагрузки, диетотерапии можно рассматривать как наиболее простые превентивные меры. Выполнение лечебной гимнастики, упражнения которой направлены на ускорение венозного оттока из ног и органов малого таза, также способствует уменьшению венозного застоя. Симптомы функциональной флебопатии, наличие варикозной болезни таза и/или нижних конечностей до беременности служат показаниями к применению флеботропной и компрессионной терапии.

Одним из эффективных методов профилактики ВВ является выполнение своевременных операций на гонадных венах (резекция, эмболизация), позволяющие уменьшить явления тазового венозного полнокровия путем ликвидации вертикального рефлюкса крови по яичниковым венам. Это в свою очередь снижает нагрузку на притоки внутренней подвздошной вены, являющиеся в большинстве случаев истоками вульварного варикоза. Учитывая

тот факт, что ВВТ – болезнь молодых, целесообразно рассмотреть возможности проведения хирургических вмешательств на гонадных венах у асимптомных пациенток, у которых длительное существование венозного полнокровия тазовых органов может привести к нарушению репродуктивной функции. Не исключено, что это позволит сократить риск развития венозных тромбозных осложнений в период беременности и родов, минимизировать возможность формирования ТВП и вульварного варикоза.

В настоящее время преобладает практика хирургического лечения симптомных форм ВВТ, а зоной оперативной активности служат только гонадные вены. Вместе с тем у ряда больных синдром ТВП развивается и без патологии указанных вен, формируясь исключительно в связи с развитием клапанной недостаточности внутренней подвздошной вены и ее притоков. Разработка показаний и техники эндоваскулярных вмешательств на системе внутренней подвздошной вены расширит возможности хирургов в лечении как варикозной болезни таза, так и вульварного варикоза. В частности, такие операции возможны у пациенток с изолированным расширением тазовых венозных сплетений с неэффективной консервативной тера-

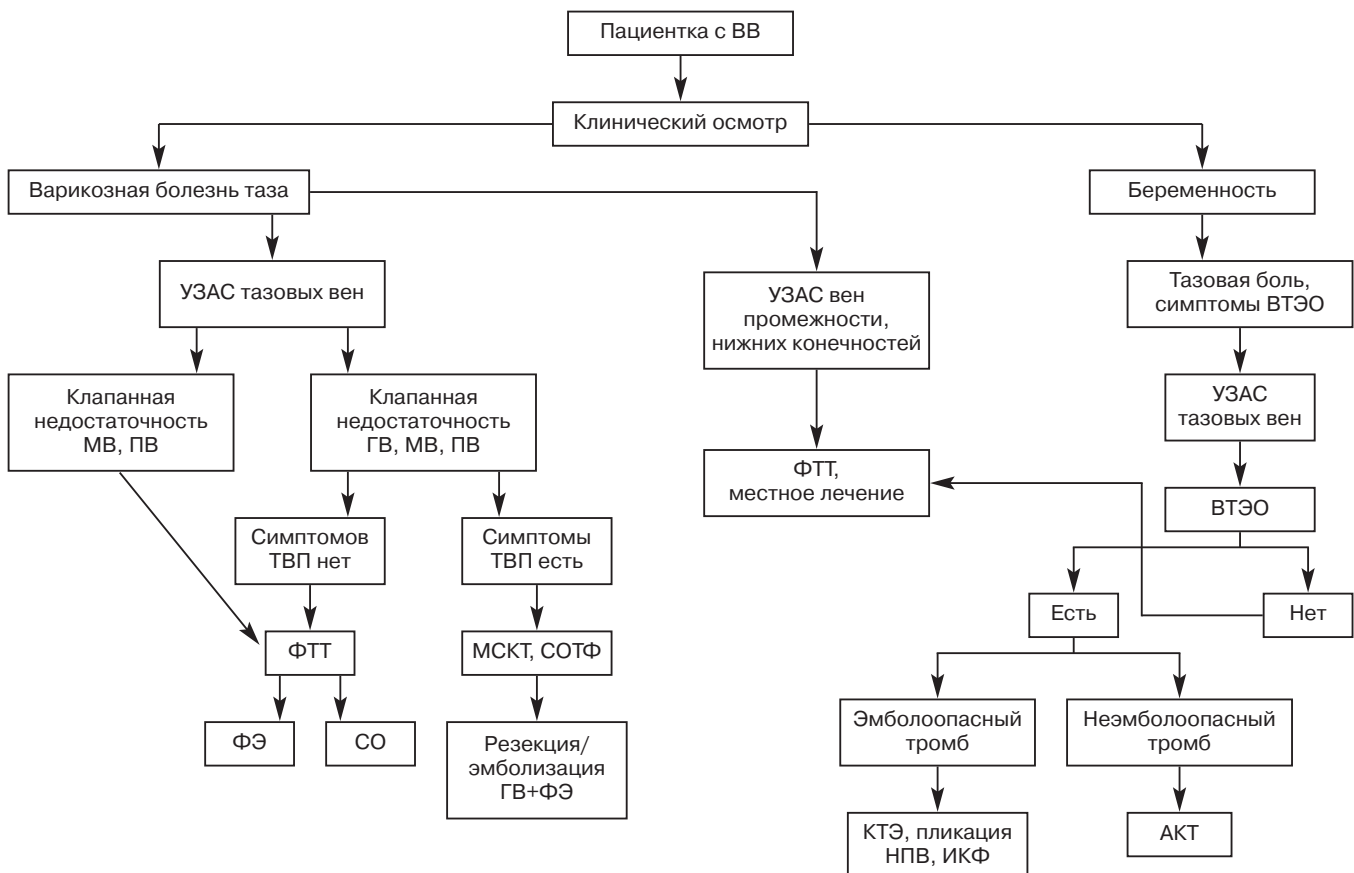


Рис. 14. Лечебно-диагностический алгоритм при вульварном варикозе в сочетании с разными клиническими ситуациями: ГВ – гонадные вены; МВ – маточные вены; ПВ – параметральные вены; ФТТ – флеботропная терапия; МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография; СОТФ – селективная овариография и тазовая флебография; ФЭ – флэбэктомия; СО – склерооблитерация; КТЭ – катетерная тромбэктомия; ИКФ – имплантация каво-фильтра; АКТ – антикоагулянтная терапия; ТВП – тазовое венозное полнокровие; ВТЭО – венозные тромбозные осложнения

пией, прогрессированием симптомов ТВП вообще и вульварного варикоза в частности.

Не следует забывать, что в ряде случаев причиной вульварного варикоза является рефлюкс по наружной срамной вене и сафенофеморальная недостаточность при варикозной болезни нижних конечностей. Поэтому своевременное хирургическое лечение данной патологии также следует рассматривать как одну из мер профилактики ВВ.

Заключение

Вульварный варикоз — частая венозная патология, выявляемая у пациенток с варикозной болезнью таза и нижних конечностей, беременных женщин. Диагностика ВВ — задача клиническая, в большинстве случаев не требующая применения специальных методов исследования. Его обнаружение диктует необходимость изучения состояния внутритазовых вен, а в случае сочетания с беременностью — дальнейшего наблюдения и обследования в послеродовом периоде. Лечение ВВ может быть различным — от сугубо консервативных мер при беременности до выполнения различных операций на гонадных и вульварных венах. На рисунке 14 представлена схема тактики об-

следования и лечения пациенток с ВВ в сочетании с различными клиническими ситуациями. Дифференцированный подход к выбору методов диагностики и лечения этого состояния позволяет существенно повысить качество лечения пациенток с хроническими заболеваниями вен.

Литература

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология*. 2013; Т. 7, 2 (2): 39–42.
2. Fassiadis N. Treatment for pelvic congestion syndrome causing pelvic and vulvar varices. *Int. Angiol.* 2006. 25 (1). 1–3.
3. Bell D., Kane P.B., Liang S., Conway C., Tornos C. Vulvar varices: an uncommon entity in surgical pathology. *Int. J. Gynecol. Pathol.* 2007. 26 (1). 99–101.
4. Balian E., Lasry J.-L., Coppe G, Borie H., Leroux A., Bryon D. Pelvipерineal venous insufficiency and varicose veins of the lower limbs. *Phlebolympology*. 2008. 15 (1). 17–26.

References

1. Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic venous diseases. *Phlebology*. 2013; Vol. 7, 2 (2): 39–42 (in Russian)
2. Fassiadis N. Treatment for pelvic congestion syndrome causing pelvic and vulvar varices. *Int. Angiol.* 2006. 25 (1). 1–3.
3. Bell D., Kane P.B., Liang S., Conway C., Tornos C. Vulvar varices: an uncommon entity in surgical pathology. *Int. J. Gynecol. Pathol.* 2007. 26 (1). 99–101.
4. Balian E., Lasry J.-L., Coppe G, Borie H., Leroux A., Bryon D. Pelvipерineal venous insufficiency and varicose veins of the lower limbs. *Phlebolympology*. 2008. 15 (1). 17–26.

Поступила 24.06.2014

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.712-007.24:001.891.7

СИНДРОМ КУРРАРИНО–СИЛЬВЕРМАНА: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ РЕДКОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.А. Печетов, А.Ю. Грицюта, Ю.С. Есаков, С.А. Бурякина

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» (директор — академик РАН В.А. Кубышкин) Минздрава РФ, 115093, Москва, Российская Федерация

Синдром Куррарино–Сильвермана (rectus arcuatum, верхний киль) является одной из самых редких врожденных деформаций грудной клетки. Часто данный синдром сочетается с врожденными пороками сердца (пролапс митрального клапана, атрезия аорты, дефект межпредсердной перегородки) и патологией позвоночника. В работе представ-

* Печетов Алексей Александрович, канд. мед. наук, зав. отделением торакальной хирургии. E-mail: Pechetov@ixv.ru
115093, Москва, ул. Большая Серпуховская, 27.