

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.147-007.64-07-089

Б.С.Суковатых, О.А.Родионов, М.Б.Суковатых, С.П.Ходыкин

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН ТАЗА

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Б.С.Суковатых) Курского государственного медицинского университета

Ключевые слова: атипичные формы варикозной болезни, таз, технология склеротерапии, результаты лечения.

Введение. В настоящее время под атипичными формами варикозной болезни вен нижних конечностей и таза понимают их локализацию в области лобка, промежности, седалищной и ягодичной области, задней поверхности бедра, половых органов [1, 3]. Предшествующими исследованиями [2, 4, 8] было установлено, что в генезе атипичных форм варикозной болезни лежит нарушение гемодинамики вен малого таза с патологическим перетоком крови из них в поверхностные вены. К сожалению, патогенетически оправданные прямые оперативные вмешательства на венах таза, устраняющие их клапанную недостаточность, с нашей точки зрения, не приемлемы ввиду высокой травматичности и сложности. Поэтому хирургическое лечение атипичных форм варикозного расширения вен является в большей степени симптоматическим, а результаты лечения из-за высокой частоты рецидива заболевания, достигающего 30–40%, — неудовлетворительными [1, 8]. Вместе с тем, после иссечения вен в перечисленных выше областях остаются послеоперационные рубцы, которые, кроме косметических нарушений, могут вызывать и болевой синдром при ношении узкого белья и длительном сидении.

Для лечения больных с этими формами заболевания предпочтительнее применять склеротерапевтические технологии. К сожалению, после введения склерозанта в варикозные вены, расположенные атипично, невозможно создать эластическую компрессию, что резко снижает эффективность лечения и ограничивает возможности применения этой технологии. Оптимизация лечения может быть достигнута только разработкой нового способа склеротерапии без применения эластической компрессии.

Цель исследования — разработать технологию склеротерапии атипичных форм варикозной болезни без применения эластической компрессии.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов комплексного клинического, ультразвукового и флебографического обследования и последующего флебоск-

лерозирующего лечения 59 больных с атипичными формами варикозной болезни. Мужчин было 29, женщин — 30. Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. У 18 (30,51%) — варикозные вены были расположены в надлобковой, у 15 (25,42%) — в промежностной, у 14 (23,73%) — в ягодичной, у 12 (20,34%) — в вульварной области. В абсолютном большинстве случаев имело место сочетанное расположение вен в нескольких атипичных зонах.

Обследование больных проводили в три этапа. На первом выполняли комплексное клиническое обследование, которое по показаниям дополняли урологическим, гинекологическим и проктологическим исследованием. На втором этапе проводили ультразвуковое дуплексное сканирование тазовых вен с цветным картированием кровотока и доплерографическим анализом на аппарате «Ultramark» (США). Регистрация гемодинамически значимого рефлюкса крови продолжительностью более 1,5 с (общепринятый предел физиологического рефлюкса крови) по нижней полой вене с распространением на внутреннюю и наружную подвздошные и бедренную вены свидетельствовала о нарушении флебогемодинамики таза и являлась показанием к проведению флебографического исследования. При поражении париетальной венозной системы таза исследования проводили по предложенному ранее способу [5]. Выполняли пункцию и катетеризацию бедренной вены в паховой области контралатеральной конечности по способу Сельдингера. Катетер проводили в нижнюю полую, а затем в общую подвздошную вену исследуемой конечности. На высоте пробы Вальсальвы вводили 20 мл водорастворимого контрастного вещества и производили рентгенографию таза в прямой, а при необходимости, после повторного введения контраста, и в боковой проекциях.

Оценка результатов лечения проведена в соответствии с рекомендациями Международной ассоциации флебологов. Кроме клинического осмотра больных и дуплексного сканирования тазовых вен, для статистического анализа применялся оригинальный опросник оценки «качества жизни» больных. Анкета заполнялась самими больными не ранее, чем через 1 год после проведенной склеротерапии, на основе их собственных переживаний и содержала 20 вопросов по 4 параметрам (5 вопросов в каждой группе), отражающих влияние проведенного лечения на наиболее важные стороны жизни пациентов: физическое и психологическое состояние, социально-экономическое положение и функцию нижних конечностей и органов таза [7].

Технология склеротерапии атипичных форм варикозной болезни. Для лечения больных нами был использован разработанный способ склеротерапии варикозных вен нижних конечностей без применения эластической компрессии (патент на изобретение № 2179457). Поставленная задача достигается тем, что соединительнотканная облитерация вен вызывается постепенным развитием утолщения венозной стенки в ответ на введение повторных минимальных доз склерозирующего агента, способного вызвать лишь минимальное

поверхностное повреждение по типу «ожога» эндотелия. Постепенное замещение эндотелия вен элементами соединительной ткани, которые возникают в ответ на повреждение интимы сосудов, приводит вначале к уменьшению их просвета до размеров, равных толщине венозной стенки, а затем к соединительнотканной облитерации.

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

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

После 30-секундной экспозиции иглу удаляли и на место пункции накладывали марлевую подушечку, которую в течение 3 мин туго прижимали пальцами для остановки кровотечения из прокола вены. Склеротерапию проксимально расположенных вен производили по описанной технологии. Доза склерозирующего вещества, даже производя 6–10 инъекций, в случаях обширного варикозного процесса не будет превышать разово допустимую. После окончания склеротерапии с целью профилактики подкожных гематом пациента удерживали в течение 10 мин в горизонтальном положении, производя активные движения в голеностопных суставах, для включения в работу мышечно-венозной помпы голени, что снижает венозное давление в склерозируемой вене. Сразу после процедуры больному рекомендовали получасовую прогулку и ежедневную ходьбу на расстояния не менее 5 км. Через 10–14 дней проводили второй сеанс склерозирующей терапии с той лишь разницей, что из-за уменьшения размеров вен и утолщения их стенок возникает тенденция при их пункции к переводу больного в вертикальное положение, а также необходимости более тонких и, следовательно, более острых игл (27–30 G). До полной облитерации варикозных вен обычно требовалось 3–4 сеанса инъекционно-склерозирующей терапии и лишь в 2 случаях — 5.

Следует подчеркнуть, что склеротерапевтические технологии мы применяли у больных с диаметром варикозных вен до 6 мм, так как по рекомендациям Американского Венозного Форума (2000 г.), которые в настоящее время, на основании принятых за последние годы согласительных документов, лежат в основе проведения склеротерапии, максимальный диаметр расширенных вен при проведении этого вида лечения не должен превышать 6 мм. Вены с большим диаметром должны подвергаться хирургическому удалению из мини-доступов по методике Ю.Т.Цуканова и соавт. [6], которые обеспечивают достаточную эстетичность и эффективность лечения. 36 (61%) больным с клиническими проявлениями варикозной болезни вен нижних конечностей проведены операция кроссэктомия (перевязка сафенобедренного анастомоза) и стволовая катетерная склеротерапия большой подкожной вены и инъекционная склеротерапия ее варикозных притоков по технологии В.С.Савельева и А.И.Кириенко [3].

Результаты и обсуждение. Нами выявлены 4 атипичные формы варикозной болезни: надлобковая, промежностная, ягодичная и вульварная.

Наиболее часто встречалась надлобковая локализация варикозного расширения вен. Эта

форма всегда сочеталась с варикозным расширением вен паховой области, что свидетельствовало о несостоятельности сафенобедренного соустья и рефлюксе крови в системе наружной подвздошной вены. На втором месте находится промежностная форма варикозной болезни, которая сочеталась в большинстве случаев с варикозным расширением вен внутренней поверхности бедра, седалищной области и половых органов. Третье место занимает ягодичная форма с локализацией варикозных вен на ягодиче и задней поверхности бедра. На четвертом месте находится вульварное варикозное расширение вен. Чаще всего оно случалось у многодетных женщин. Следует подчеркнуть, что во время беременности у большинства женщин было варикозное расширение вен влагалища и промежности, которое после родов самостоятельно исчезло. В нашем случае имеется резидуальная вульварная форма.

При ультразвуковых исследованиях у всех больных на высоте пробы Вальсальвы зарегистрирован патологический рефлюкс крови по нижней полой и подвздошным венам, который распространялся в притоки магистральных вен таза и магистральные вены нижних конечностей. Средняя продолжительность подвздошно-бедренного рефлюкса у обследованных больных составила $(3,8 \pm 0,1)$ с. Длительность рефлюкса из внутренней подвздошной вены в ее парietальные притоки колебалась в пределах $(2,4 \pm 0,3)$ с. К сожалению, ультразвуковое исследование не позволяло точно идентифицировать пути распространения патологического кровотока в поверхностную венозную систему. Поэтому мы прибегали к ретроградной илеографии.

При флебографическом исследовании клапанная недостаточность надлобковых вен обнаружена у 35,5%, запирающей вены — у 49%, верхней ягодичной вены — у 47,5%, нижней ягодичной вены — у 42,4%, внутренней срамной вены — у 28,8%. Полученные результаты свидетельствуют, что причинами атипичных форм варикозной болезни является патологический кавальный рефлюкс крови, распространяющийся на внутреннюю подвздошную вену и ее парietальные притоки. В дальнейшем происходит через коммуникантные вены распространение рефлюкса на поверхностную венозную сеть в той или иной анатомической области.

Так, клапанная недостаточность надлобковых вен ведет к распространению рефлюкса на поверхностную подчревную вену, поверхностную вену клитора и половых губ с расположением варикозно-расширенных вен в надлобковой и паховой областях, половых органах. Промежностная форма развивается путем перетока крови из внутренней подвздошной вены через запирающую вену в промежностные перфорантные вены и далее в передние и задние вены половых губ, внутренней поверхности бедра, седалищные области. Ягодичная форма развивается вследствие пере-

тока крови по верхней и нижней ягодичной венам в перфорантные вены задней поверхности бедра. Варикозные вены локализуются на ягодичах и задней поверхности бедра. Вульварная форма возникает путем перетока крови по внутренней срамной вене в наружную срамную. Однако в ее образовании может принять участие и ретроградный кровоток через притоки большой подкожной вены, сообщающиеся с запирающей, маточной и ягодичной венами.

Кроме этого, у 41 (69,5%) больного выявлено распространение рефлюкса контрастного вещества в общую бедренную вену и далее по недостаточному сафенобедренному анастомозу в большую подкожную вену. Клинические проявления варикозной болезни вен нижних конечностей обнаружены у 36 (61%) больных.

Флебодиагностические симптомы нарушения гемодинамики встречаются чаще, чем клинические проявления. Это свидетельствует о том, что гемодинамические нарушения предшествуют клиническим проявлениям заболевания.

Каких-либо специфических осложнений после применения разработанного нами способа склеротерапии не отмечено. Состояние венозной гемодинамики таза в сроки от 1 до 3 лет после лечения изучено с помощью дуплексного сканирования. У больных полностью облитерировать варикозные вены в местах атипичной локализации удалось у 86,4%, а частично — у 13,6% больных.

По данным комплексного клинического и инструментального исследования, суммарно получены следующие результаты: отличные результаты (отсутствие жалоб, нет варикозных вен в местах атипичной локализации) выявлены у 32,6%, хорошие (появление транзиторных симптомов хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей и таза после длительного пребывания в ортостазе или сидения, не требующих медикаментозной коррекции, исчезающих после ночного отдыха и не препятствующих выполнению профессиональных обязанностей) — у 46,1%.

Удовлетворительные результаты (сохранение стойких симптомов ХВН нижних конечностей и таза, выраженность которых после проведения лечения значительно уменьшилась) зарегистрированы у 19,1% больных. Эти пациенты нуждались в медикаментозной коррекции и рациональном трудоустройстве.

Неудовлетворительные результаты (рецидив варикозного расширения вен) выявлены лишь у 2,2% больных. Им были выполнены дополнительные сеансы склеротерапии. На основе самооценки, полностью восстановленным «качество жизни» считают 78,7%, а улучшенным — 21,3% больных. Ни один пациент не считал безрезультатным проведенное лечение.

Выводы. 1. Разработанная технология склеротерапии атипичных форм варикозной болезни минимально травматична, не требует создания дополнительных конструкций, не вызывает специфических осложнений.

2. Устранение рефлюксов крови при атипичных формах варикозной болезни приводит к восстановлению «качества жизни» 78,7% больных. У 21,3% пациентов «качество жизни» восстановить не удается, что обусловлено сохранением варикозных изменений в висцеральных и париетальных венозных сплетениях таза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гаврилов С.Г., Бутенко О.И., Черкашина М.А. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние проблемы // *Анналы хир.*—2003.—№ 1.—С. 7–12.
2. Рымашевский И.В., Маркина В.В., Волков А.Е. и др. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин.— Ростов н/Д: Изд-во РГМУ, 2000.—126 с.
3. Савельев В.С. Флебология.—М.: Медицина, 2001.—660 с.
4. Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Родионов О.А. и др. Механизмы развития варикозной болезни вен малого таза // *Ангиология и сосуд. хир.*—2004.—№ 3.—С. 65–71.
5. Фирсов Е.Ф., Суковатых Б.С., Назаренко П.М., Беликов Л.Н. Диагностические возможности ретроградной тазовой флебодиагностики через контралатеральную конечность при варикозной болезни // *Хирургия.*—1994.—№ 9.—С. 20–23.
6. Цуканов Ю.Т., Василевич В.В., Цуканов А.Ю. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения из минидоступов и склерозирования при поверхностной форме болезни вен малого таза // *Эндоскоп. хир.*—2006.—№ 4.—С. 18–22.
7. Balas P. (Балас П.) Новый подход к болезням вен: контроль за качеством жизни пациентов // *Флебодиагностика.*—1997.—№ 5.—С. 1–3.
8. Bergan J.J. Treatment of pelvic venous reflux (pelvic venous congestion) in North America // *Vasc. Surg.*—1997.—Vol. 31, № 2.—P. 256–261.

Поступила в редакцию 21.12.2007 г.

B.S.Sukovatykh, O.A.Rodionov, M.B.Sukovatykh, S.P.Khodykin

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATYPICAL FORMS OF VARICOSE DISEASE OF PELVIC VEINS

Results of sclerotherapy of 59 patients with atypical forms of varicose disease of pelvic veins were analyzed. Four atypical forms of the disease were revealed: suprapubic (30.5%), vulvar (20.3%), perineal (25.5%) and gluteal (23.7%). Clinical, ultrasonic and phlebographic investigations have found that a pathological caval reflux of blood involving the internal iliac vein and its inflows underlie the development of atypical forms. An original technology of sclerotherapy of atypical forms of varicose disease by means of multiple repeated administration of sclerosant in minimal doses has been developed capable to cause but proliferative processes in the varicose vein walls. Elastic compression was not used. Varicose disease of the lower extremity veins was revealed in 36 (61%) patients with atypical forms of varicose disease of the pelvic veins. The volume of treatment of such patients was supplemented with operation of crossotomy, catheter sclerotherapy of the main trunk of the large subcutaneous vein and injective sclerotherapy of its inflows. Results of treatment were assessed by clinical examination of the patients, duplex scanning and investigation of quality of life on the basis of self-appraisal of the patients according to recommendations of the international association of phlebologists. Excellent results were obtained in 32.6%, good — in 46.1%, satisfactory — in 19.1%, unsatisfactory — in 2.2% of the patients.