

ства на гонадных венах (ГВ). К настоящему времени разработаны и внедрены в клиническую практику способы открытой и эндоскопической резекций, эндоваскулярной окклюзии ГВ.

Цель. Сравнительная оценка эффективности открытой, лапароскопической резекции и эндоваскулярной эмболизации ГВ при ВБТ.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 136 пациентов с ВБТ. Из них 52 пациенткам выполнена прямая внебрюшинная резекция ГВ (1 группа), 10 – чрезбрюшинная лапароскопическая резекция ГВ (2 группа), 74 – эндоваскулярная эмболизация ГВ металлическими спиралями (3 группа). Период наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде колебался от 3 до 12 лет. Основными критериями оценки эффективности лечения рассматривали влияние операции на хроническую тазовую боль (ХТБ) и частоту рецидивов заболевания после вмешательства. Выраженность тазовой боли в трех группах пациентов исходно существенно не различалась, составив в среднем $6,8 \pm 1,7$ балла согласно модифицированной шкале McGill. Помимо клинического осмотра всем пациенткам выполнены повторные ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) и эмиссионная компьютерная томография (ЭКТ) вен таза, а пациенткам с рецидивом ХТБ – мультиспиральной компьютерная флебография (МСКФ) таза.

Результаты и обсуждение. Рецидив ХТБ в отдаленном периоде наблюдений отмечен у 22,6% пациентов общей группы, рецидив ВБТ как причина тазовых болей диагностирован у 16,5%, у остальных пациенток пелвалгии были обусловлены гинекологической патологией, психологическими проблемами. 1 группа. Прямая резекция ГВ – технически простая операция, не требующая значительных материальных затрат и специального оборудования. Помимо этого, ее неоспоримыми достоинствами служат малая продолжительность (не более 40 мин), надежный визуальный контроль резецируемых сосудов и окружающих забрюшинных структур. Из недостатков следует отметить существенный болевой синдром в первые сутки после операции, успешно купируемый ненаркотическими анальгетиками. ХТБ полностью исчезла у 92% пациентов, у 8% – существенно уменьшилась. Рецидив ВБТ после этой операции в отдаленном периоде выявлен у 5,7% пациенток. 2 группа. Преимуществами чрезбрюшинной лапароскопической резекции ГВ служили косметичность операции, возможность выполнения симультанных вмешательств на органах малого таза, незначительно выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде. Время выполнения операции колебалось в пределах 60–70 мин. К недостаткам метода следует отнести необходимость наложения пневмоперитонеума, значительной мобилизации восходящей либо нисходящей части толстой кишки, что необходимо для выполнения адекватной резекции ГВ и, в связи с этим, риск повреждения толстого кишечника, мочеочника, нижней мезентериальной вены, нервных стволов. Поэтому целесообразнее использовать

внебрюшинный поясничный доступ, который позволит избежать вышеуказанных проблем, минимизировать операционную интраабдоминальную травму. Купирование ХТБ наблюдали у 80%, значительное уменьшение боли – у 20%. Рецидива ВБТ в этой группе пациенток выявлено не было. 3 группа. Эндоваскулярную окклюзию ГВ в настоящее время рассматривают как эталонный метод лечения ВБТ. Эта методика, наряду с возможностью ее выполнения в амбулаторных условиях, позволяет осуществить надежную редуцию кровотока по ГВ без разрезов и общей анестезии. Патогенетичность, минимальная инвазивность и косметичность – основные достоинства данного вида хирургического лечения. Продолжительность операции колебалась в диапазоне от 40 до 90 мин. Вместе с тем, купирование ХТБ в послеоперационном периоде отмечено лишь у 83,7%. Кроме того, этот метод лечения сопровождался наибольшим числом рецидива заболевания (10,8%), а у 3 пациенток отметили усиление болевого синдрома после вмешательства в течение длительного, более 1 года, периода. Это потребовало выполнения повторной операции – удаления гонадной вены с металлическими спиралями, после которой ХТБ значительно уменьшилась, а у 1 пациентки полностью исчезла.

Выводы. 1. Вмешательства на гонадных венах служат эффективным способом купирования ХТБ при варикозной болезни таза. 2. В настоящее время резекционные методы наиболее эффективны в лечении ВБТ и сопровождаются наименьшим количеством рецидива заболевания. 3. При использовании эндоскопической технологии целесообразно применять внебрюшинный доступ к гонадным венам. 4. Применение эндоваскулярного способа лечения диктует строгий отбор пациентов с учетом анатомии гонадных вен и конституциональных особенностей пациенток.

*Кириенко А.И., Юмин С.М.,
Золотухин И.А., Селиверстов Е.И.*

РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ОБСЕРВАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СПЕКТР

*Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Проспективное наблюдательное исследование «Регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен» (СПЕКТР) было инициировано Ассоциацией флебологов России и стартовало в 2011 году.

Цель. Целью проекта стало изучение структуры хронических заболеваний вен (ХЗВ) и особенностей российской флебологической практики.

Материал и методы. К участию в исследовании были приглашены 36 специалистов флебологов из 25 российских городов. Каждый врач должен был обеспечить последовательное включение 25 пациентов с ХЗВ. Сведения специально разработанной анкеты вносили в общую базу данных. В общей сложности в 2011 г. в исследование были включены 866 пациентов. Спустя год проведен второй этап исследования – 792 пациента (3 врача выбыли из проекта) вызваны для повторного осмотра с целью оценки изменений их клинического статуса и анализа, как были выполнены врачебные рекомендации. Третий этап исследования проведен еще через один год. Для повторного заключительного обследования удалось пригласить 555 из 792 (70,1%) пациентов, из них 435 (78,4%) женщин и 120 (21,6%) мужчин в возрасте от 15 до 85 лет (медиана 46 лет). Средний срок, прошедший от момента включения до последней оценки клинического статуса составил 24,6 мес. Настоящая работа представляет собой анализ частоты осложнений, динамики объективной и субъективной симптоматики ХЗВ, приверженности рекомендациям, эффективности хирургического и консервативного лечения группы пациентов, прошедших все этапы исследования.

Результаты и обсуждение. В течение первого года наблюдения у 22 (4,0%) пациентов развились осложнения ХЗВ, в течение второго года – только у 5 (0,9%). Варикотромбофлебит являлся самым частым осложнением (15 случаев в первый год и 3 случая во второй). Реже развивался тромбоз глубоких вен (6 случаев в первый год наблюдения). Образование венозных трофических язв зафиксировано у 3 пациентов в первый год и у 2 пациентов во второй год наблюдения. Лишь в одном случае в течение первого года произошло наружное венозное кровотечение.

Анализ динамики объективной и субъективной симптоматики ХЗВ позволил дать общую оценку результативности оказания помощи российскими флебологами. За два года наблюдения несколько увеличилась частота выявления телеангиоэктазий (исходно – 62,0%; через год – 65,8%, $p=0,0192$; через два года – 67,6%, $p=0,2751$), частота выявления ретикулярно-го варикоза напротив несколько уменьшилась (исходно – 52,1%; через год – 43,2%, $p<0,0001$; через два года – 42,0%, $p=0,4996$). Наиболее показательным оказалось снижение частоты выявления варикозного расширения подкожных вен (исходно – 73,9%, через год – 48,6%, $p<0,0001$, через два года – 41,6%, $p<0,0001$) и отека (исходно – 33,3%; через год – 23,4%, $p<0,0001$; через два года – 19,8%, $p=0,0272$). Число случаев наличия гиперпигментации кожи фактически не изменилось. В течение первого года наблюдения заметно уменьшилась частота выявления липодерматосклероза (с 9,5% до 5,6%, $p<0,0001$), венозной экземы и дерматита

(с 4,9% до 2,0%, $p=0,0062$) и трофических язв (с 3,1% до 0,2%, $p=0,0002$). Положительные изменения были зафиксированы нами и при изучении субъективной симптоматики. Частота выявления всего спектра характерных «венозных» жалоб (боль, тяжесть, утомляемость, ощущение отечности, ночные судороги, зуд, парестезии) снизилась весьма существенно.

Прогнозируемым был отказ значительной части пациентов пройти хирургическое лечение. Показанную операцию отказались выполнить 31,1% пациентов в течение первого года и 64,5% в течение второго года наблюдения. Рекомендованную склеротерапию не прошли 39,3% и 58,6% пациентов в течение первого и второго года соответственно. На первый взгляд, благополучнее обстояли дела с компрессионной и флеботропной терапией – не более 13% пациентов отказались от применения этих методов. Вместе с тем, многие пациенты выполнили рекомендации с нарушениями регламента. К сожалению, если подойти строго к оценке правильности выполнения российскими пациентами врачебных назначений, следует признать, что только каждый второй пациент строго следует рекомендациям специалиста.

Сравнительная оценка эффективности хирургического и консервативного лечения показала превосходящий результат хирургического лечения. Так, частота выявления варикозного расширения подкожных вен у оперированных пациентов снизилась с 95,4% до 20,5% ($p<0,0001$), частота отека – с 36,5% до 12,3% ($p<0,0001$), частота липодерматосклероза – с 14,2% до 5,0% ($p=0,0001$), частота венозной экземы и дерматита – с 6,8% до 0,9% ($p=0,0019$), частота трофических язв уменьшилась с 5,9% до 0,5% ($p=0,0015$), частота субъективной «венозной» симптоматики сократилась в разы. Результат исключительно консервативного лечения оказался намного более скромным. В результате компрессионной и флеботропной терапии у 5 пациентов регрессировала венозная экзема и дерматит, еще у 3 пациентов зажили венозные язвы, существенных различий в отношении других объективных симптомов ХЗВ до и после лечения не установлено. Положительные изменения были зафиксированы только со стороны субъективных симптомов заболевания. Существенно снизилось количество таких «венозных» жалоб, как боль, тяжесть, утомляемость, ощущение отечности. Уменьшение частоты выявления ночных судорог, зуда и парестезий оказалось статистически незначимым.

Выводы. Лечение ХЗВ в руках профессионала эффективно. Наиболее заметна позитивная динамика в течение первого года («эффект низкой базы»). Приверженность пациентов оставляет желать лучшего. Хирургическое лечение ассоциируется с отличными и хорошими результатами. Изолированное консервативное лечение эффективно, но эффект мог бы быть лучше.