

9. Bybee K.A., Kara T., Prasad A. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.*, 2004, No. 141 (11), pp. 858–865.
10. Delgado G. A., Truesdell A. G., Kirchner R.M., An angiographic and intravascular ultrasound study of the left anterior descending coronary artery in takotsubo cardiomyopathy. *Am J Cardiol.*, 2011, No. 108, pp. 888–891.
11. Ibanez B., Navarro F., Cordoba M., et al. Tako-tsubo Transient left ventricular apical ballooning: is intravascular ultrasound the key to resolve the enigma? *Heart*, 2005, No. 91, pp. 102–104.
12. Ito K., Sugihara H., Katoh S., Assessment of Takotsubo (ampulla) cardiomyopathy using 99mTc-tetrofosmin myocardial SPECT--comparison with acute coronary syndrome. *Ann Nucl Med*, 2003, No. 17, pp. 115–122.
13. Ito K., Sugihara H., Kinoshita N. Assessment of Takotsubo cardiomyopathy (transient left ventricular apical ballooning) using 99mTc-tetrofosmin, 123IBMIPP, 123I-MIBG and 99mTc-PYP myocardial SPECT. *Ann. Nucl. Med.*, 2005, No. 19 (6), pp. 435–445.
14. Kassim T. A., Clarke D. D., Mai V. Q., Catecholamine-induced cardiomyopathy. *Endocr Pract.*, 2008, No. 14, pp. 1137–1149.
15. Kurisu S., Inoue I., Kawagoe T., Time course of electrocardiographic changes in patients with takotsubo syndrome: comparison with acute myocardial infarction with minimal enzymatic release. *Circ J*, 2004, No. 68, pp. 77–81.
16. Madhavan M., Borlaug B. A., Lerman A., Stress hormone and circulating biomarker profile of apical ballooning syndrome (Takotsubo cardiomyopathy): insights into the clinical significance of B-type natriuretic peptide and troponin levels. *Heart*, 2009, No. 95, pp. 1436–1441.
17. Mutluera F. O., Madonna R., Cevik C., Nasser M. M., De Caterina R. Biventricular Takotsubo syndrome in a patient with coronary abnormality and end-stage renal disease. *Coret vasa*, 2013, No. 55, pp. 277–280. <http://dx.doi.org/10.1016/j.crvasa.2012.09.005>
18. Ogura R., Hiasa Y., Takahashi T., Yamaguchi K., Fujiwara K., Ohara Y., Nada T., Ogata T., Kusunoki K., Yuba K., Hosokawa S., Kishi K., Ohtani R. Specific findings of the standard 12-lead ECG in patients with «Takotsubo» cardiomyopathy: comparison with the findings of acute anterior myocardial infarction. *Circ. J.*, 2003, No. 67, pp. 687–90.
19. Patankar G. R., Choi J. W., Schussler J. M. Reverse takotsubo cardiomyopathy: two case reports and review of the literature. *J Med Case Rep.*, 2013, No. 7, pp. 84.
20. Sharkey S. W., Lesser J. R., Zenovich A. G., Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. *Circulation*, 2005, No. 111, pp. 472–479.
21. Ueyama T., Kasamatsu K., Hano T., Tsuruo Y., Ishikura F., Catecholamines and estrogen are involved in the pathogenesis of emotional stress-induced acute heart attack. *Ann N Y Acad Sci.*, 2008, No. 1148, pp. 479–85.
22. Yataco M. L., Difato T., Bargehr J., Rosser B. G., Patel T., (2014) Reversible non-ischaemic cardiomyopathy and left ventricular dysfunction after liver transplantation: a single-centre experience. *Liver Int*, No. 34 (6), pp. 105–110.

**З.В. Ғойбова, М.Э. Рачабзода, Ҳ.Т. Файзуллоев,
Ш.Х. Бекова, Т.Т. Комилов**
**АЛОИМИ ТАКОТСУБО: ШАРҲИ КҶУТОҲИ
АДАБИЁТ ВА МУШОҲИДАИ КЛИНИКӢ**

¹Кафедраи кардиология бо курси фармакологияи клиникӣ ДТБКСТҚТ

²МД «Маркази ҷумҳуриявӣи клиникӣи бемориҳои дил»-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Дар мавод маълумоти мухтасар оид ба мафҳум, омилҳои ҳатар, хусусиятҳои патогенезӣ, клиникӣ, таъхис ва табобати алоими Такотсубо дарҷ гардидаанд. Ин алоим ба намуди дисфунксияи барқароршавандаи меъдачаи чапи дил дар заминаи таъсири эҳсосоти баланд пайдошуда, зухуроти клиникӣ ва сабти барқии дил ҳангоми он ба алоими шадиди коронарӣ шабоҳат дошта, иллатҳои муҳими шараёнҳои коронарӣ ҷой надорад. Бинобар кам дучор шудани ин Токотсубо-кардиомиопатия маълумотҳои дар мақола инъикосёфта ба табии ҳангоми таъхис ва табобати намудҳои ғайрикоронарии ишемияи миокард ғойдабахш ҳоҳад буд.

Калимаҳои калидӣ: алоими Такотсубо, кардиомиопатия дар заминаи ҳаяҷон пайдошуда, патогенез, таъхис, табобат.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.146-007.64

¹Н.Н. Курбонова, ²Д.Д. Султанов, ²Р.М. Ятимова

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН МАЛОГО ТАЗА – ПРОБЛЕМА НА СТЫКЕ ГИНЕКОЛОГИИ И СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Курбонова Насима Нуриддиновна - очный аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139; тел.: +992918993090 e-mail: nasima.kurbonova@bk.ru

Варикозная болезнь вен малого таза встречается у 6–15% женского населения планеты. Данное заболевание является причиной значительного ухудшения качества жизни пациенток ввиду появления сильных тазовых болей, частого развития бесплодия, появления неприятных ощущений во время полового акта. Несмотря на актуальность проблемы ведения больных с варикозным расширением вен малого таза, вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, диагностики заболевания и его лечения остаются не только не решенными, но и вызывают жаркие споры как среди специалистов гинекологов, так и сосудистых хирургов.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, «тазовые боли», яичниковые вены, доплерографическое исследование.

¹N.N. Kurbonova, ²D.D. Sultanov, ³R.M. Yatimova

VARICOSE DEASESE OF THE MINOR PELVIS – THE PROBLEM OF THE GYNECOLOGY AND VASCULAR SURGERY

Department of Surgical Diseases №2 of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery

Kurbonova Nasima Nuriddinovna, full-time postgraduate student of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino; 734003, Dushanbe, Rudaki Ave. 139. Phone: +992918993090 e-mail: nasima.kurbonova@bk.ru

Varicose disease of the minor pelvis is present in 6-15% of the female population of the planet. It causes a significant deterioration of the life quality, due to severe "pelvic" pain, frequent development of infertility and unpleasant sensations during sexual intercourse. Despite the urgency of the problem of managing these patients, issues related to the etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment are unresolved and cause heated controversy among gynecologists and vascular surgeons. Current work attempts to generalize the data present to date, in order to determine the state of the problem.

Keywords: varicose veins of the minor pelvis, "pelvic pains", ovarian veins, doppler study.

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза - заболевание, сопровождающееся увеличением длины вен данной анатомической области, змеевидной их извитостью, необратимыми мешковидными расширениями их просвета с недостаточностью клапанов, с развитием нарушения венозного оттока от органов малого таза, появлением хронических тазовых болей, как основного проявления заболевания [7]. Патология является не только одной из актуальных проблем гинекологии и ангиологии, но и острой социальной проблемой [2]. Больные с данным заболеванием, страдая от постоянных болей, становятся раздражительными, необщительными, у них наблюдаются проблемы в семейной жизни ввиду развития неприятных ощущений во время полового акта, а в отдалённом периоде возможна потеря трудоспособности индивидуумом, что является тяжёлой потерей как для семьи, так и для государства в целом [3]. В последние годы наблюдается значительный рост частоты заболевания в раннем возрасте [4, 25]. Согласно данным большинства современных авторов, частота встречаемости данной патологии, в

зависимости от страны и других факторов, колеблется от 6% до 15% среди всей женской популяции [1, 29]. Однако некоторые авторы дают цифры в 30 – 32 % [14], но встречаются и другие, отдающие этой патологии свыше 50% в общей женской популяции [5, 8, 11]. Столь значительный разброс объясняется плохо налаженной дифференциальной диагностикой варикозного расширения вен малого таза с другими заболеваниями малого таза, при этом в некоторых учреждениях имеет место гипердиагностика этого заболевания: диагноз выставляется при любых тазовых болях, порой без проведения дополнительных методов исследования [10, 12]. Боль, как клиническое проявление варикозного расширения вен малого таза, является причиной обращения к гинекологу в 2-10% случаев от общего количества обращений [13]. Ежегодный прирост варикозной болезни вен малого таза составляет 2,6 - 2,9% [15], порог инвалидности по заболеванию – 12%, сокращение продолжительности жизни в среднем составляет 18%, при отсутствии корректного лечения данной патологии возможны летальные исходы [16].

Этиология и патогенез. Варикозная болезнь вен малого таза – полиэтиологичное заболевание [17]. Этиологическими факторами варикозной болезни вен малого таза в настоящее время считаются: 1) сдавление тазовых вен извне (в том числе и при изменении положения матки, приводящей к перегибу широких маточных связок, затрудняющему отток венозной крови); 2) дисплазия или окклюзия овариальных вен; 3) ранее не выявленный тромбоз тазовых вен [18]. М.А. Черепанова [32] установила, что синдром тазового полнокровия чаще развивается в возрасте старше 30 лет, при наличии нарушений менструального цикла, нарушений половой жизни, предменструальном синдроме, наступлении менархе до 12 лет, интервале между менструациями до 24 дней и менее, обнаружении в анамнезе больной двух родов и более либо более трех аборт, присутствии варикозного расширения вен нижних конечностей, ожирении, поражении спячным процессом органов малого таза, заболеваниях хроническим сальпингоофоритом, опухолях яичников, миоме матки либо генитальном эндометриозе. Патогенез варикозной болезни вен малого таза долгое время оставался наименее изученным пунктом данной патологии. На начальных этапах исследования была установлена взаимосвязь между ухудшением состояния больных и сроками беременности. Действительно, перестройки организма женщины в виде сдавления увеличивающейся маткой венозных коллекторов, прогрессирующее воздействие гормонов плаценты на организм усугубляют течение заболевания [21]. В то же время установлено, что беременность не может быть этиологическим фактором, являясь лишь фактором, провоцирующим обострение [22, 23]. При варикозном расширении вен малого таза наблюдаются изменения в структуре венозной стенки, развивается воспалительный процесс, что является также следствием снижения иммунного ответа [9, 24]. У данной группы больных наблюдается уменьшение Т-звена иммунитета, увеличение уровня противовоспалительных цитокинов, а также изменения в метаболическом состоянии, что проявляется в повышении уровня гомоцистеина, фибронектина и липопротеина. Вместе с тем, имеются данные о том, что определенную роль в развитии варикозного расширения вен малого таза играют сдавление вен соседними органами, перенесенные тромбозы других вен, ангиодисплазии [6, 19]. Данные современных исследований все большую роль в развитии варикозного расширения вен малого таза отдают дисплазии соединительной ткани [26], представляющей собой нарушение развития органов и тканей в эмбриогенезе и в постнатальном периоде. Выделяют два вида дис-

плазии соединительной ткани: 1) наследственные заболевания, роль которых в развитии нарушений хорошо изучена. К таким заболеваниям относятся синдром Морфана и Элерса-Данлоса; 2) недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани. У больных с наследственным нарушением развития соединительной ткани варикозное расширение вен малого таза и нижних конечностей чаще наблюдается в подростковом возрасте. Кроме того, были изучены особенности конституции, присущие данной категории больных – высокий рост и низкая масса тела относительно группы сравнения [27].

Клиническая картина. Хронические тазовые боли - наиболее характерное клиническое проявление заболевания, чаще всего преобладают на одной стороне, с меньшей интенсивностью с другой [13]. Среди всех причин развития варикозного расширения вен малого таза главной причиной развития боли является застой крови в расширенных венах, в результате чего образуются продукты недоокисления, такие как молочная и пировиноградная кислоты, раздражающие болевые рецепторы [28]. Обычно боли имеют циклический характер, появляясь, как правило, в середине менструального цикла и усиливаясь во время менструации, но иногда провоцирующим фактором их проявления может стать чрезмерная физическая нагрузка либо длительное нахождение в вертикальном положении [23]. Кроме того, наблюдается усиление либо появление болей во время полового акта, в результате чего у пациентки возникает боязнь полового сношения – диспареуния [30]. В результате выраженных нарушений психической сферы, связанных с неполноценной половой жизнью, проявляются раздражительность, нарушения трудоспособности, повышенная тревожность. Отличительной особенностью болей при варикозной болезни малого таза является появление их во второй фазе менструального цикла, в отличие от эндометриоза, при котором боли возникают перед менструацией [31]. Менструации у таких больных нередко более продолжительные, обильные и болезненные, в результате которых пациентка на долгий срок теряет трудоспособность и выпадает из социальной среды [23].

Диагностика. Несмотря на то, что около 30% женщин, обращающихся к гинекологу с хроническими тазовыми болями, имеют варикозное расширение вен малого таза, правильный диагноз устанавливается лишь у 2 - 10% пациенток [26, 31]. Это связано с тем, что в отличие от варикозного расширения вен нижних конечностей, локальным проявлением которого часто является изучаемая патология, варикозное расширение вен малого таза не визуализи-

зируется, его нельзя пропальпировать, объективная диагностика невозможна [1]. Затруднение вызывает и то, что в 20 – 46% единственным его проявлением могут быть исключительно боли внизу живота, без каких-либо изменений со стороны гинекологических органов [20, 33]. Иногда боли сопровождаются диспареунией, дисминореей [8]. Таким образом, постановка диагноза при данном заболевании должна основываться на данных дополнительных методов исследования [5]. Основным и наиболее эффективным неинвазивным методом диагностики варикозного расширения вен малого таза является ультразвуковое доплерографическое исследование [31, 32]. Некоторые авторы считают ультразвуковое сканирование в диагностике варикозного расширения вен малого таза «золотым стандартом» диагностики [10, 23, 34]. Другие считают, что в погоне за неинвазивностью и удобством для пациентки применение ультразвуковых методов является менее точным и приводит к диагностическим ошибкам [35]. Сторонники ультразвуковых методов относят к его достоинствам безопасность для пациентки, высокую информативность, а также возможность оценки кровенаполнения не только сосудов яичников, но и матки, заболевания которой часто сопровождаются варикозным расширением вен малого таза [8, 26, 36]. Однако основным преимуществом доплерографического исследования является возможность определения показателя прогрессивного увеличения основных венозных коллекторов малого таза (маточных, яичниковых, внутренних подвздошных и аркуатных вен) и определение скорости венозного кровотока [34]. При ультразвуковой диагностике при варикозном расширении вен малого таза в малом тазу определяется увеличение всех основных венозных узлов [37]. В послеродовом периоде наблюдается некоторое уменьшение диаметра вен, но до нормального состояния это уменьшение не доходит. Диагноз варикозного расширения вен малого таза выставляется большинством специалистов при диаметре вен свыше 5 мм, а также при наличии рефлюкса кровотока при проведении пробы Вальсальвы в течение 0,5 сек и более [9]. По мнению Е.С. Беляевой, мультиспиральная компьютерная томография является наиболее информативным методом для определения степени венозного расширения, а также определения послеоперационных результатов хирургического лечения [4]. Применение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии показывает состояние и расположение относительно друг друга других органов малого таза, а также их заболеваний, что является немаловажным преимуществом данных методик диа-

гностики [31]. Однако стоит отметить тот факт, что, несмотря на способность определения компьютерной томографией расширения вен малого таза, с её помощью невозможно дифференцировать варикозное расширение вен малого таза и другие заболевания, при которых их диаметр так же увеличивается [38]. Селективная овариоакография и тазовая флебография являются информативными методиками, однако, показания к их применению сужены в настоящее время. Данные методики идеально подходят для определения венозной анатомии таза, наличия ретроградного кровотока, наличия или отсутствия контрастирования коллатеральных сосудов, выявления рефлюкса крови по внутренним подвздошным венам и их притокам [35]. Показанием к применению данной методики в зарубежной литературе некоторыми авторами считается отсутствие других отличных от варикозного расширения вен малого таза патологических отклонений в малом тазу у больных с болями в нижней части живота, продолжительностью более 6 месяцев [7]. Лапароскопическая методика исследования органов малого таза для проведения дифференциальной диагностики также является эффективным, хотя и инвазивным методом. Некоторые авторы при выявлении во время исследования признаков конгестии у больных в ходе диагностической лапароскопии производили одномоментное медикаментозное интраваскулярное склерозирование венозных сосудов. Считается, что проведение данного вмешательства вместо клипирования сосудов либо эндоскопического их лигирования исключает ретроградный кровоток по венам, который может способствовать регионарной венозной гипертензии, то есть конгестии [33]. В то же время, согласно данным ряда исследований, лапароскопические вмешательства менее эффективны, особенно на ранних стадиях заболевания, а также обладают низкой специфичностью и диагностической ценностью [1]. Кроме того, лапароскопия не может рассматриваться как скрининговый метод диагностики ввиду своей инвазивности, дороговизны, наличия ряда осложнений, а также невозможности выполнения в амбулаторных условиях.

Лечение. Несмотря на то, что история проблемы насчитывает уже не одно десятилетие, до конца решить вопрос о том, какое лечение более предпочтительно у данных больных – консервативное, миниинвазивное или микрохирургическое – не удается до сих пор [42]. Следует отметить, что существуют сторонники всех вариантов, хотя в последнее время все больше авторов склоняются к мнению о том, что без хирургического вмешательства полное излечение данной патологии невозможно. Кон-

сервативное лечение, как правило, отличается продолжительностью, исключением значительных физических нагрузок и длительного нахождения пациентки в вертикальном положении, выполнении лечебно-физкультурных упражнений, способствующих нормализации кровотока и оттоку крови из малого таза и нижних конечностей, ношении лечебных колготок, приема венотропных, противовоспалительных, антиагрегатных, иммунокорригирующих средств [39, 41, 42]. В ходе изучения эффективности комплексной терапии и влияния её на параметры иммунитета, а также на состояние метаболизма, А.И. Гус с соавт. [8] определили значительно больший эффект комплексной терапии в сравнении с монотерапией флеботропными препаратами у больных с I и II степенями варикозного расширения. Несмотря на то, что у всех больных, которым применялось консервативное лечение, на 10 сутки после его начала наблюдалось значительное уменьшение концентрации интерлейкинов в крови, концентрация их была значительно ниже в группе комплексного лечения. В то же время авторы указывают на низкую эффективность консервативного лечения при III степени варикозного расширения и необходимости проведения хирургического вмешательства у данных больных. В то же время, в другой своей работе [8, 10] А.И.Гус с соавт. указывают на низкую эффективность всех имеющихся на сегодняшний день методов хирургического лечения патологии, с временным снижением клинических проявлений. Е.Г. Левданский, изучив опыт консервативного лечения 24 больных с вторичным варикозным расширением вен малого таза после ранее перенесенного тромбоза, пришел к выводу не только о его целесообразности, но и значительной эффективности при применении в течение 3 месяцев, с целью снижения клинических проявлений. Больным назначали режим с использованием разгрузочных промежутков в ходе рабочего дня, диету, состоящую из овощей и фруктов, полное исключение из употребления алкоголя и курения. Также применялись препараты из группы вазодилатирующих средств и витамины с включением микроэлементов [12]. С.Г. Гаврилов в ряде работ указывает на эффективность хирургического лечения, особо выделяя хирургические вмешательства на гонадных венах [6]. Сравнение различных методов терапии показало, что консервативное лечение больных монотерапией флеботропными препаратами эффективно лишь при изолированном расширении внутритазовых вен [37]. Ввиду недостаточного понимания механизмов развития заболевания существующие рекомендации относительно методов лечения варикозного расширения вен малого таза, как

правило, отличаются диаметрально противоположными подходами к его лечению: от полного отказа от хирургического лечения и применения исключительно консервативной терапии до агрессивных прямых вмешательств на венах малого таза [16]. Б.С. Суковатых и М.Б. Суковатых, например, критически относятся к применению хирургических методик с использованием минидоступов, так как, по их мнению, при этом не обеспечивается достаточный косметический эффект [28]. На основании ведения 60 больных с хронической венозной недостаточностью малого таза авторами сделан вывод о том, что тактика лечения должна зависеть от формы рефлюкса при заболевании: при низкоинтенсивном рефлюксе крови по гонадным венам авторы рекомендуют проведение консервативного лечения, при среднеинтенсивном – проведение склеротерапии, при высокоинтенсивном – эндоскопическую диссекцию гонадных вен.

Заключение. Таким образом, большинство вопросов, касающихся этиологии и патогенеза, диагностики, лечения больных с варикозным расширением вен малого таза продолжают оставаться нерешенными, и требуют дальнейшего изучения с проведением клинических исследований. Как видно из приведенных выше данных, мнения авторов по большинству вопросов отличаются не только согласованностью, но и порой кардинально противоположны. Отсутствует единая тактика ведения больных с данным заболеванием, клинические протоколы не разработаны, хотя их необходимость не вызывает сомнения. Все это связано отчасти с тем, что варикозное расширение вен малого таза, являясь по сути гинекологической патологией, требует хирургического вмешательства со стороны сосудистых хирургов и находится таким образом на грани двух медицинских дисциплин. Дальнейшие исследования и написанные по их результатам научные работы должны решить вопросы, касающиеся описанных выше проблем и сформировать алгоритм ведения больных с варикозным расширением вен малого таза, что должно значительно улучшить показатели излечиваемости больных этим заболеванием.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 28-33 см. в REFERENCES)

1. Андрияшкин В.В. и др. Варикозная болезнь вен таза у женщин // Флебология. – Т.7, №2. – С. 39 – 43.
2. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза у женщин // Российский вестник акушера-гинеколога: научно-практический рецензируемый журнал. — 2007. — Т.7, №6. — С. 74-77.

3. Баряева О.Е. Тазовые боли в гинекологии детского и подросткового возраста. – Иркутск: ИГМУ, 2012. – С. 10 – 15.

4. Вerezgova S.V., Troik E.B., Ryzhkov V.K. Эндоваскулярные методы лечения конгестивного синдрома у женщин //Репродуктивная медицина: новые тенденции и неразрешенные вопросы. – 2014. - №2. – С.17 – 18.

5. Гаврилов С.Г. и др. Принципы хирургического лечения варикозной болезни вен таза // Вестник РГМУ. – 2009. - №5. – С. 11-15.

6. Гус А.И. Алгоритм обследования женщин с синдромом тазовых болей при подозрении на варикозную болезнь малого таза / А.И. Гус [и др.]//Сибирский медицинский журнал. – 2011. - №6. – С. 83 – 85.

7. Гус А.И. и др. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин // Вестник ТГУ. – 2017. – Т.22, №2. – С. 362 – 367;

8. Гус А.И. и др. Особенности иммунного ответа и цитокинового статуса при варикозной болезни вен малого таза у женщин // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2013. - №6(94). – С. 19 – 23.

9. Гус А.И. и др. Современное состояние проблемы ведения больных с посттромботической болезнью нижних конечностей. Обзор литературы // Сибирский медицинский журнал. – 2015. – №2. – С. 122 – 125.

10. Левданский Е.Г. Динамика органных поражений в ответ на консервативное лечение вторичного варикоза вен малого таза // Женский врач. – 2015. - №1. – С. 43 – 45.

11. Лобанов К.А., Макухина Т.Б., Поморцев А.В. Особенности венозной гемодинамики малого таза у пациенток с внутренним эндометриозом тела матки на фоне длительной стероидной терапии // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. - №5(140). – С. 124 – 131.

12. Логачев Т.М. и др. Варикозное расширение вен малого таза у девочек-подростков с полименореей (случай из практики) // Детская больница. – 2010. - №4. – С. 69 – 72.

13. Майоров М.В., Жученко С.И. Тазовый варикоз: особенности патогенеза, диагностики и лечения // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. - № 7 (82). – С. 27 – 32.

14. Мозес В.Г., Мозес К.Б. Клинические проявления системного поражения соединительной ткани у женщин раннего репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. - №1. – С. 87 – 90.

15. Мозес В.Г. Лечение варикозного расширения вен малого таза у женщин в пре- и постменопаузе // Клиническая геронтология. – 2006. - №2. – С. 70 – 73.

16. Мозес В.Г. Роль недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани в формировании патологии венозной системы малого таза у женщин // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88, №5. – С.123 – 125.

17. Омарова Х.М. Комплексное лечение варикозного расширения вен малого таза во время беременности // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. - №18. – С. 34 – 36.

18. Омарова Х.М. Механизмы развития варикозного расширения вен малого таза при беременности // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15, №3. – С. 210 – 212.

19. Рыбалка А.Н. и др. Варикозная болезнь вен малого таза как причина хронической тазовой боли // Таврический медико-биологический вестник. – 2015. – Т. 18, №1(69). – С. 150 – 156.

20. Савельев В.С., Кириенко А.И., Ревякин В.Ю. Выбор метода лечения варикозной болезни вен малого таза // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия: научно-практический журнал. - 2005. - № 6. — С. 24-30.

21. Суковатых Б.С., Суковатых М.Б. Патогенетическое обоснование миниинвазивного лечения варикозной болезни вен малого таза // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, №1. – С. 54 – 61.

22. Сухов М.Н. и др. Варикоз вен малого таза и варикоцеле у детей с внепеченочной портальной гипертензией // Детская больница. – 2011. - №2. – С.13 – 18.

23. Уральскова М.В., Сафронова М.М., Шарова Л.Е. Варикозное расширение вен матки: клиника и диагностика // Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. - №2. – С. 56 – 60.

24. Чхаидзе И.З. Новые подходы к исследованию микрогемодинамики матки у женщин с варикозным расширением вен малого таза // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2009. – Т. 8, №2. – С. 63 – 67.

25. Шибельгут Н.М., Захаров И.С., Мозес В.Г. Клинико-биохимические проявления недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани у беременных с варикозной болезнью вен малого таза // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т.6, №1. – С. 56 – 60.

26. Шуликовская И.В., Чинова Е.А., Тюрюмина Е.Э. Варикозная трансформация вен таза у женщин, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. - №4(86). – С. 115 – 116.

27. Шуликовская И.В. Варикозное расширение вен малого таза у женщин. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники и диагностики заболевания (Обзор литературы) // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. - №4(80). – С. 353 – 356.

REFERENCES

1. Andriyashkin V. V., Varikoznaya bolezn ven taza u zhenshchin [Varicose disease of the pelvis in women]. *Flebologiya - Phlebology*, Vol. 7, No. 2, pp. 39 – 43.

2. Artymuk N. V. Varikoznoe rasshirenie ven organov malogo taza u zhenshchin [[Varicose disease of the pelvis in women]. *Rossiyskiy vestnik akusheraginekologa: nauchno-prakticheskiy retsenziruemyy zhurnal - The Russian bulletin of the obstetricgynecologist: the scientific-practical peer-reviewed magazine*, 2007, Vol. 7, No. 6, pp. 74-77.

3. Baryayeva O. E. *Tazovye boli v ginekologii detskogo i подросткового возраста* [Pelvic pain in gynecology of childhood and adolescence]. Irkutsk, IGMU Publ., 2012. 10 – 15 p.

4. Verezgova S. V., Troik E. B., Ryzhkov V. K. *Endovaskulyarnye metody lecheniya kongestivnogo*

sindroma u zhenshchin [Endovascular methods of treatment of congestive syndrome in women]. *Reproduktivnaya meditsina: novye tendentsii i nerazreshennyye voprosy - Reproductive medicine: new trends and unresolved issues*, 2014, No. 2, pp.17 – 18.

5. Gavrilov S. G., Printsipy khirurgicheskogo lecheniya varikoznoy bolezni ven taza [Principles of surgical treatment of varicose veins of the pelvis]. *Vestnik RGMU – Bulletin of RGMU*, 2009, No. 5, pp. 11-15.

6. Gus A. I., Algoritm obsledovaniya zhenshchin s sindromom tazovykh boley pri podozrenii na varikoznuyu bolezni malogo taza [An algorithm for examining women with pelvic pain syndrome in case of suspected varicose disease of the small pelvis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberia medical magazine*, 2011, No. 6, pp. 83 – 85.

7. Gus A. I., Diagnostika i lechenie varikoznoy bolezni ven malogo taza u zhenshchin [Diagnosis and treatment of varicose disease of the pelvis in women]. *Vestnik TGU – Bulletin of TGU*, 2017, Vol. 22, No. 2, pp. 362 – 367;

8. Gus A. I., Osobennosti immunnogo otveta i tsitokinovogo statusa pri varikoznoy bolezni ven malogo taza u zhenshchin [Features of the immune response and cytokine status in varicose veins of the pelvis in women]. *Byulleten VSNTS SO RAMN – Bulltin of Бюллетень East Siberian Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2013, No. 6 (94), pp. 19 – 23.

9. Gus A. I. Sovremennoe sostoyanie problemy vedeniya bol'nykh s posttromboticheskoy bolezniyu nizhnikh konechnostey. Obzor literatury [The current state of the problem of managing patients with posttrombotic disease of the lower extremities. Literature review]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberia medical magazine*, 2015, No. 2, – S. 122 – 125.

10. Levanskiy E. G. Dinamika organnykh porazheniy v otvet na konservativnoe lechenie vtorichnogo varikoza ven malogo taza [[Dynamics of organ damage in response to conservative treatment of secondary varicose veins of the pelvis]. *ZHenskiy vrach – Female physician*, 2015, No. 1, pp. 43 – 45.

11. Lobanov K. A., Makukhina T. B., Pomortsev A. V. Osobennosti venoznoy gemodinamiki malogo taza u patsientok s vnutrennim endometriozom tela matki na fone dlitel'noy steroidnoy terapii [Features of venous hemodynamics of the small pelvis in patients with internal endometriosis of the uterus body on a background of long-term steroid therapy]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban scientific medical bulletin*, 2013, No. 5(140), pp. 124 – 131.

12. Logachev T. M. Varikoznoe rasshirenie ven malogo taza u devochek-podrostkov s polimenoreey (sluchay iz praktiki) [Varicose veins of small pelvis in adolescent girls with polymenorrhea (case from practice)]. *Detskaya bolnitsa – Pediatric hospital*, 2010, No. 4, pp. 69 – 72.

13. Mayorov M. V., Zhuchenko S. I. Tazovyy varikoz: osobennosti patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Pelvic varicose veins: peculiarities of pathogenesis, diagnosis and treatment]. *Meditsinskie aspekty zdorovya zhenshchiny – Medical aspects of women health*, 2014, No. 7 (82), pp. 27 – 32.

14. Mozes V. G., Mozes K. B. Klinicheskie proyavleniya sistemnogo porazheniya soedinitel'noy

tkani u zhenshchin rannego reproduktivnogo vozrasta s varikoznym rasshireniem ven malogo taza [Clinical manifestations of systemic involvement of connective tissue in women of early reproductive age with varicose veins of the pelvis]. *Byulleten sibirskoy meditsiny – Siberia medicine bulletin*, 2006, No. 1, pp. 87 – 90.

15. Mozes V. G. Lechenie varikoznogo rasshireniya ven malogo taza u zhenshchin v pre- i postmenopauze [Treatment of varicose veins of the pelvis in pre- and postmenopausal women]. *Klinicheskaya gerontologiya – Clinical gerontology*, 2006, No. 2, pp. 70 – 73.

16. Mozes V. G. Rol nedifferentsirovannykh form displazii soedinitel'noy tkani v formirovaniy patologii venoznoy sistemy malogo taz u zhenshchin [The role of undifferentiated forms of connective tissue dysplasia in the formation of the pathology of the venous system of the small pelvis in women]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan medical magazine*, 2007, Vol. 88, No. 5, pp.123 – 125.

17. Omarova Kh. M. Kompleksnoe lechenie varikoznogo rasshireniya ven malogo taza vo vremya beremennosti [Complex treatment of varicose veins of the pelvis during pregnancy]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya – Clinical pharmacology and therapy*, 2009, No. 18, pp. 34 – 36.

18. Omarova Kh. M. Mekhanizmy razvitiya varikoznogo rasshireniya ven malogo taza pri beremennosti [Mechanisms of development of varicose disease of the pelvis during pregnancy]. *Vestnik novykh meditsinskiy tekhnologiy – Bulletin of new medical technologies*, 2008, Vol. 15, No. 3, pp. 210 – 212.

19. Rybalka A. N., Varikoznaya bolezni ven malogo taza kak prichina khronicheskoy tazovoy boli [Varicose veins of the pelvic floor as a cause of chronic pelvic pain]. *Tavricheskiy mediko-biologicheskiy vestnik – Tavric medical biological bulletin*, 2015, Vol. 18, No. 1 (69), pp. 150-156.

20. Savelev B. C., Kirienko A. I., Revyakin V. Yu. Vybora metoda lecheniya varikoznoy bolezni ven malogo taza [The choice of a method of treatment of varicose disease of a small pelvis]. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya: nauchno-prakticheskiy zhurnal - Thoracic and cardiovascular surgery: a scientific and practical journal*, 2005, No. 6, pp. 24-30.

21. Sukovatykh B. S., Sukovatykh M. B. Patogeneticheskoe obosnovanie miniinvazivnogo lecheniya varikoznoy bolezni ven malogo taza [Pathogenetic justification of minimally invasive treatment of varicose veins of small pelvis]. *Novosti khirurgii – Surgery news*, 2012, Vol. 20, No. 1, pp. 54 – 61.

22. Sukhov M. N., Varikoz ven malogo taza i varikotsele u detey s vnepechenochnoy portal'noy gipertenziy [Varicose of small pelvis veins and varicocele in children with extrahepatic portal hypertension]. *Detskaya bolnitsa – Pediatric hospital*, 2011, No. 2, pp.13 – 18.

23. Uralskova M. V., Safronova M. M., Sharova L. E. Varikoznoe rasshirenie ven matki: klinika i diagnostika [Varicose veins of the uterus: a clinic and diagnostics]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney - Journal of Obstetrics and Women Diseases*, 2005, No. 2, pp. 56 – 60.

24. Chkhaidze I. Z. Novye podkhody k issledovaniyu mikrogemodinamiki matki u zhenshchin s varikoznym rasshireniem ven malogo taza [New ap-

proaches to the study of uterine microhemodynamics in women with varicose veins of the pelvis]. *Regionarnoe krovoobrashchenie i mikrotsirkulyatsiya - Regional blood circulation and microcirculation*, 2009, Vol. 8, No. 2, pp. 63 – 67.

25. Shibelgut N. M., Zakharov I. S., Mozes V. G. Kliniko-biokhimicheskie proyavleniya nedifferentsirovannykh form displazii soedinitel'noy tkani u beremennykh s varikoznoy boleznью ven malogo taza [Clinical and biochemical manifestations of undifferentiated forms of connective tissue dysplasia in pregnant women with varicose veins of the pelvic floor]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal - Saratov Medical Scientific Magazine*, 2010, Vol. 6, No. 1, pp. 56 – 60.

26. Shulikovskaya I. V., Chizhova E. A., Tyuryumina E. E. Varikoznaya transformatsiya ven taza u zhenshchin, stradayushchikh varikoznym rasshireniem ven nizhnikh konechnostey [Varicose veins of the pelvis in women suffering from varicose veins of the lower extremities]. *Byulleten VSNTS SO RAMN – Bulletin of East Siberian Research Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2012, No. 4 (86), pp. 115 – 116.

27. Shulikovskaya I. V. Varikoznoe rasshirenie ven malogo taza u zhenshchin. Voprosy etiologii, patogeneza, kliniki i diagnostiki zabollevaniya (Obzor literatury) [Varicose veins of the pelvis in women. Questions of etiology, pathogenesis, clinic and diagnosis of the disease (Review of the literature)]. *Byulleten VSNTS SO RAMN - Bulletin of East Siberian Research Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2011, No. 4 (80), pp. 353 – 356.

28. Bergan J. J., Bunke N. The vein book. Oxford: University press, 2014. 252 – 258 p.

29. Dick E. A., Time-resolved imaging of contrast kinetics three-dimensional (3D) magnetic resonance venography in patients with pelvic congestion syndrome. *The British journal of radiology*, 2014, No. 3, pp. 1112 – 1115.

30. Foong L. C., Altered peripheral vascular response of women with and without pelvic pain due to congestion. *BJOG*, 2000, Vol. 107 (2), pp. 157-164.

31. Honjo H., Effects of acupuncture for chronic pelvic pain syndrome with intrapelvic venous congestion: preliminary results. *International journal of urology*, 2004, Vol. 11, No. 8, pp. 607-612.

32. Perry C. P. Current concepts of pelvic congestion and chronic pelvic pain. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 2001, Vol. 5, No. 2, pp. 105.

33. Rozenblit A. M., Incompetent and Dilated Ovarian Veins: A Common CT Finding in Asymptomatic Parous Women. *AJR*, 2001, No. 107, pp. 119-122.

Н.Н. Курбонова, Д.Д. Султанов, Р.М. Ятимова

БЕМОРИИ ВАРИКОЗИИ ВАРИДҲОИ КОСИ ХУРД – МАСЪАЛАИ ДАР ҶОИ БА ҲАМ ПАЙВАСТАНИ ГИНЕКОЛОГИЯ ВА ҶАРОҲИИ РАГҲО

Мухтасар: бемории варикозии варидҳои коси хурд дар 6-15% занони саёра дида мешавад. Ин беморӣ боиси бад шудани вазъи ҳаёти занон мегардад, бо симптомҳои дардҳои вазнини коси хурд, безуриётӣ, пайдоиши дард дар вақти алокаи чинсӣ. Новобаста аз аҳамиятнок будани мушкилот идоракунии беморони варикозии варидҳои коси хурд, масъалаҳои этиология, патогенез, таъхиси беморӣ ва табобати беморон на танҳо ҳалли ҳудро наёфтааст, балки байни духтурони гинекологҳо ва ҷарроҳони рағҳои хунгард баҳси зиёд меоварад. Бо мақсади ҳал кардани мушкилот мо кӯшиш намудем, ки дар ин мақола дар бораи масъалаҳои ба васеъшавии варидҳои коси хурд вобаста буда маълумотҳои нав пешниҳод намоем.

Калимаҳои калиди: варидҳои васеъшудаи коси хурд, дардҳои коси хурд, варидҳои тухмдон, таъхиси доплерӣ.

УДК 617.586;616.089.819.2(575.3)

М.Х. Набиев, Д.А. Абдуллоев, У.М. Бегаков

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2. ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Набиев Музаффар Холназарович – зав. кафедрой общей хирургии №2. ТГМУ им. Абуали ибн Сино; г. Душанбе, пр. Рудаки, 139; тел.: +992 987256060; e-mail: myzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Синдром диабетической стопы является частным случаем хронической раны. Хронической принято считать рану, существующую более 4 недель без признаков активного заживления. Критическая колонизация имеет очень большое клиническое значение, так как способствует замедлению процессов репарации и приводит к хронизации процесса. Рациональное применение комбинаций современных средств и методик местной терапии, основанных на данных научных исследований, является ключом к успешному решению проблемы инфекционных осложнений при синдроме диабетической стопы. Методы регенеративной хирургии позволяют закрыть раневой дефект даже тогда, когда нет возможности применить традиционные способы.