

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.14-007.64-07-089; 618.13

**НУРИДИНЗОДА НАСИМА НУРИДИН**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ  
ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 14.01.17 - Хирургия

Душанбе – 2021

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

- Научный руководитель:** Султанов Джавли Давронович – доктор медицинских наук, профессор, лауреат, Государственной премии имени Абуали ибни Сино
- Научный консультант:** Курбанова Муборак Хасановна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель гинекологического отдела НИИ АГ и П
- Официальные оппоненты:** Мухиддин Нуриддин Давлатали – доктор медицинских наук, ректор ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
- Рахматуллаев Рахимджон доктор – медицинских наук, директор лечебно – диагностического центра «Ваворуд» РТ
- Оппонирующая организация:** Бухарский государственный медицинский Институт имени Абу Али ибн Сино.

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года в \_13.00\_ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-025 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и на сайте [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Учёный секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

Юнусов И.А.

## Введение

**Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации.** Варикозная болезнь вен малого таза является одной из актуальнейших проблем современной ангиологии. Данная патология широко встречается среди женского населения планеты, распространённость её, согласно литературным данным, достигает 15% в возрастной группе от 20 до 50 лет [Ю.Т. Цуканов, А.Ю. Цуканов, Е.Г. Левданский, А.В. Губенко 2015]. Несмотря на более одной тысячи исследований, данной патологии, диагностика и лечения варикозного расширения вен малого таза до настоящего времени остаются довольно сложными задачами для клинических специалистов [А.О. Исламов 2016]. Согласно данным нескольких исследований, лишь 35% женщин считают удовлетворительным результат лечения [С.В. Веризгова, Е.Б. Трояк 2016]. Столь неудовлетворительные результаты лечения в большей мере связаны с поздним обращением, являющимся результатом ошибок в диагностике на первичных этапах обращения [Д.А. Ступин, А.Н. Селецкий 2016].

Для диагностики варикозной трансформации тазовых вен имеются современные методы исследований такие, как: ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗАС), флебография и компьютерная томография и они широко используются. Однако имеющиеся публикации свидетельствуют о том, что до настоящего времени отсутствует единое мнение относительно целесообразности применения одного из них как наиболее эффективного [С.В. Верезгова 2016].

В современной медицине наблюдается тенденция к переходу от традиционных к миниинвазивным вмешательствам. В то же время, как и в других отраслях, показания к выполнению эндоскопических вмешательств до конца не установлены, необходимость выполнения миниинвазивных вмешательств подвергается сомнению некоторыми авторами [С. Г. Гаврилов, А. В. Сажин, М. Д. Темирболатов, 2017].

**Степень изученности научной задачи.** Нарушение венозного оттока из варикозно- расширенных яичниковых вен и вен параметрия, вызывает повышение температуры органов, кровотоков в которых нарушен, а так как репродуктивная система крайне чувствительна к высоким температурам, возникают нарушения её деятельности. Так как основным клиническим проявлением варикозной болезни вен малого таза является хроническая тазовая боль – клинический признак, характерный также для целого ряда патологий малого таза и органов брюшной полости, такие больные долго лечатся у специалистов широкого спектра: начиная от терапевтов и невропатологов, и заканчивая врачами гинекологами и общими хирургами. В настоящее время отсутствуют чёткие руководства, а также алгоритмы ведения больных с варикозной болезнью малого таза, что значительно затрудняет принятие решений на первичном уровне обращения больных, даже в тех редких случаях, когда возможна ранняя диагностика заболевания. Не до конца разработаны показания к назначению консервативного и хирургического видов лечения при данной патологии.

Таким образом, целый ряд вопросов, касающихся варикозного расширения малого таза, остаётся нерешённым и требует дальнейшего исследования.

**Теоретическая и методологическая основы исследований.** В ходе проведенного исследования детально изучены клинические проявления варикозного расширения вен малого таза. Проведено гинекологическое исследование, совместно с врачами гинекологами, который включало осмотр области промежности и влагалищное исследование. В ходе проведения данного исследования обращали внимание на наличие расширенных вен области промежности и на состояние слизистой оболочки шейки матки, наличие варикозного расширение вен влагалища и гениталий, а также сопутствующей патологии. Для определения патологии со стороны органов репродуктивной системы всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование органов малого таза с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. В ходе проведения ультразвукового исследования органов малого таза, оценивалось наличие патологических образований, а также воспалительных процессов. Подробно изучалось состояние матки, её придатков и связочного аппарата.

Следующим важным моментом было УЗДС вен малого таза для определения наличия расширенных вен и степени их дилатации. Ангиосканирование вен таза производилось по стандартной методике, с использованием двух видов датчиков: трансабдоминального и трансвагинального. Во время проведения УЗДС измеряли диаметр расширенных вен и проводили пробу Вальсальвы для определения рефлюкса по расширенным венам.

Контрастная флебография выполнялась нами по строгим показаниям, при возникновении спорных моментов после проведения ультразвуковой диагностики. Исследование проводили на ангиографической установке с использованием неионных контрастных препаратов.

С целью определения выраженности тазового венозного полнокровия, было разработано специальная шкала подсчета, с использованием основных клинических проявлений ВБВМТ. Также для оценки характеристики тазовой боли и результатов лечения, нами использовалась авторская модификация стандартной шкалы болевой чувствительности по опроснику Мак Гилла (1987).

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Улучшение диагностики и комплексного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин.

**Объект исследования.** Объектом проведенного исследования служили 89 женщин с варикозной болезнью вен малого таза.

**Предмет исследования.** Предметом исследования явились больные с варикозным расширением вен малого таза в сочетании с гинекологической патологией и варикозной болезнью вен нижних конечностей. Предмет диссертационного исследования совпадает с концепцией темы диссертации. Предмет диссертации совпадает паспорту специальности 14.01.17- Хирургия.

**Задачи исследования:**

1. Изучить клинические проявления варикозного расширения вен малого таза и определить основные причины поздней диагностики заболевания.
2. Установить диагностическую ценность и место УЗДС для выявления варикозно расширенных вен малого таза.
3. Разработать алгоритм диагностики и ведения больных с варикозным расширением вен малого таза.
4. Оптимизировать показания и оценить результаты применения различных методов лечения в зависимости от степени варикозного расширения вен малого таза.

**Методы исследования.** В ходе проведения научной работы нами было использовано следующие методы исследования больных: сбор клинико-анамнестических данных, гинекологическое исследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, ультразвуковое дуплексное сканирование вен малого таза и нижних конечностей, контрастная тазовая флебография.

**Область исследования.** Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17. - Хирургия. Следующим пунктам: 1. Этиология, патогенез, диагностика, оперативное лечение; 2. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

**Этапы исследования.** Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе была изучена литература по данной проблеме и анализ клинического материала с определением нерешённых задач. Затем была сформирована тема и цель диссертации. После комплексного исследования больных, в зависимости от выраженности патологического процесса были проведены консервативное и оперативное лечения. Результаты проведенной терапии изучено в ближайшем и отдаленном периодах. Эффективность лечения проявлялось снижением клинической симптоматики, которая оценивалась по разработанной нами специальной шкалы подсчета и по модифицированному опроснику Мак Гилла.

**Основная информационная и исследовательская база.** В работе была изучена информация (диссертации, защищенные в Российской Федерации, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о варикозной болезни вен малого таза у женщин. Исследование проводилось на базе кафедры хирургических болезней №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» и Республиканского научного центра сердечно сосудистой хирургии.

**Достоверность результатов диссертации.** Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов диагностики и лечения больных с варикозной болезнью вен малого таза.

**Научная новизна исследования.** Впервые в Республике Таджикистан на достаточном клиническом материале, включающем 89 больных, изучены

клинические аспекты, разработан алгоритм диагностики и ведения больных с варикозным расширением вен малого таза.

На основании клинико-инструментальных методов исследования установлено связь между диаметром расширенных вен и степенью выраженности болевого синдрома.

Модифицирована методика оценки интенсивности жалоб и характеристики, тазовых болей по Мак-Гиллу, который показала себя эффективной с целью оценки состояния больной, как до проведения лечения, так и в последующие периоды.

Разработан комбинированный способ хирургического лечения, которая заключалась в резекции гонадных вен и введение склерозирующих веществ в параметральные и яичниковые венозные сплетения.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

**Практическая значимость исследования.** На основании данных проведённого исследования разработан алгоритм диагностики больных варикозным расширением вен малого таза, основные принципы ведения больных с данной патологией, а также усовершенствованы показания к применению отдельных методов лечения.

Установлено, что применение ультразвукового исследования, с применением лишь трансабдоминального датчика имеет диагностическую ценность более 60%, изолированного трансвагинального – в 76%, в то время как комбинированное их использования повышает процент выявления варикозного расширения вен малого таза у больных до 96%.

Выявлена высокая эффективность комбинированного применения резекции варикозно-расширенных гонадных вен и введение склерозирующего вещества в дистальные отделы, с целью склерозирования не визуализируемых хирургом вен.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Клиническая картина варикозного расширения вен малого таза зависит от диаметра вен малого таза: чем выше диаметр, тем более выражены и разнообразны клинические проявления заболевания;
2. Применение трансвагинального датчика, в комплексе с трансабдоминальным улучшает диагностическую эффективность ультразвукового метода исследования варикозного расширения вен малого таза, взаимно компенсируя недостатки каждого из них;
3. Несмотря на высокую информативность методики селективной флебографии, применение её ограничено, ввиду дороговизны и инвазивности;
4. Использование комбинированной резекции гонадных вен и склерозирования гроздевидного сплетения яичника и околоматочных вен значительно снижает частоту рецидивов и развития нежелательных явлений в отдалённом послеоперационном периоде.

**Личный вклад соискателя.** На протяжении пяти лет (2013 – 2018 годы) выполнения данной работы, начиная со сбора клинического материала и

вплоть до завершения работы, автор лично планировала операции, готовила пациенток к оперативным вмешательствам, изучала результаты и проводила анализ и обобщение полученных данных. Автор владеет всеми методами хирургических операций, представленных в данной работе. В каждом случае ею разрабатывались показания, планирование объёма оперативного вмешательства, все результаты тщательно документировались. Является автором и соавтором внедрения всех технических усовершенствований.

**Апробация диссертации и информация об использовании её результатов.** Основные положения работы доложены и обсуждены на: 64-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2016г); Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии» (Душанбе, 2016); VI съезде акушеров и гинекологов Республики Таджикистан, 2016 года; Научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой «Году молодёжи» «Роль молодёжи в развитии медицинской науки» (Душанбе, 2017); XXI ежегодной сессии национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России с всероссийской конференцией молодых ученых (Москва, 2017); 65-й годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» (Душанбе, 2017); 66-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» (Душанбе 2018); XXXV Международной конференции «Внедрение высоких технологий в сосудистую хирургию и флебологию» (Санкт-Петербург, 2019).

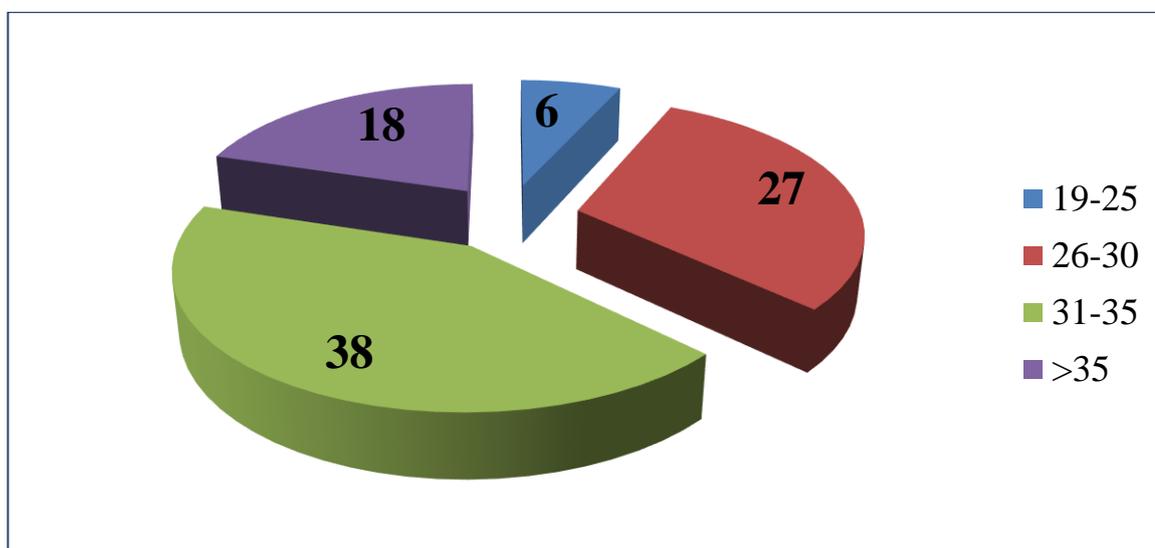
**Внедрение результатов исследования.** Основные положения и разработки внедрены и используются в практике работы отделения сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии и в учебной работе кафедры хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

**Публикации результатов диссертации.** Основные результаты диссертации опубликованы в 14 печатных работах, в том числе 3 публикации в изданиях, рекомендованных для изложения диссертационных исследований Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан, получено 1 удостоверение на рационализаторское предложение.

**Структура и объём диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 173 источника, в том числе 100 на русском и 73 работы на иностранных языках. Текст изложен на 112 страницах стандартного формата, иллюстрирован 18 таблицами и 22 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Работа основано на результатах исследования и лечения 89 больных с варикозным расширением вен малого таза, наблюдавшихся в отделение сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2013 по 2018 годы. Все пациенты являлись лицами женского пола, в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст больных составил  $29 \pm 1,2$  лет) (рисунок 1).



**Рисунок 1. - Распределение больных по возрастным группам**

Критериями включения были больные с установленным варикозным расширением вен малого таза по данным дуплексного сканирования в сочетании с тазовым болевым синдромом (нециклические боли в низу живота, диспареуния, дисменорея) более 6 месяцев.

Критериями исключения были острые воспалительные заболевания органов малого таза и обострение хронических заболеваний, без наличия варикозно расширенных вен малого таза по данным УЗДС.

Основной жалобой со стороны пациенток были постоянные боли внизу живота, усиливающейся при физической нагрузке с иррадиацией в паховую область, прямую кишку и нижние конечности (на протяжении 6 месяцев и более), тяжестью и дискомфортными ощущениями в нижних отделах живота при статических и физических нагрузках, диспареуния (боль во время и после полового акта), нарушение менструального цикла, проявляющиеся длительными обильными и болезненными менструациями, дизурические расстройства, проявляющиеся болезненностью при наполненном мочевом пузыре, который уменьшался после мочеиспускания, чувством неопорожнённости мочевого пузыря, и редко в виде микро- и макрогематурией, наличие варикозно расширенных вен промежности и нижних конечностей, болезненность в икроножных мышцах и отечность ног в конце рабочего дня и после физической нагрузки.

Так как одним из способствующих факторов развития варикозной болезни малого таза, считается беременность, нами был изучен паритет женщин на момент обращения. Среди 89 женщин, вошедших в группу исследования, наличие беременностей варьировало от полного её отсутствия в анамнезе, до 8 случаев. Средний показатель числа беременностей составил  $3,9 \pm 0,7$ . Количество срочных родов так же варьировало, от полного их отсутствия до 6 в анамнезе. Среднее число срочных родов в анамнезе составило  $2,2 \pm 1,1$ . При этом количество искусственных прерываний беременности среди пациенток было довольно значительным и в среднем составило  $1,4 \pm 0,9$ . Бесплодие отмечено у троих больных, у одной первичное, у двух вторичное.

Продолжительность заболевания у больных в группе исследования колебалась от 1 года до 10 лет. В виду неспецифичности клинической симптоматики варикозного расширения вен малого таза больные долгое время лечились по поводу различных воспалительных заболеваний, который давало временный эффект.

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались варикозное расширение вен нижних конечностей у 67 (75,2%) больных и воспалительные заболевания матки и её придатков у 36(40,4%) пациенток. Также другим характерным признаком варикозного расширения вен малого таза является варикозное расширение подкожных вен области гениталий, в литературе такое проявление называют атипичной формой ВРВМТ. В нашем исследовании атипично расширенные вены встречались у 42 (47,1%) больных.

Для оценки степени расширения вен нами было использовано эхографическая классификация А.Е. Волкова и соавт (2000г).

1 степень – диаметр вены до 5 мм (любого венозного сплетения малого таза); «штопорообразный» ход сосуда;

2 степень – диаметр вены 6–10 мм; при тотальном типе варикоза, рассыпном типе, расширении параметральных вен и вен аркуатного сплетения матки;

3 степень – диаметр вены >10 мм при тотальном типе или магистральном типе параметральной локализации.

### **Характеристика методов исследования**

Для решения поставленных в работе задач, кроме клинко-анамнестических данных и гинекологического исследования, применяли инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое ангиосканирование вен малого таза, ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей и контрастная тазовая флебография по показаниям.

**Гинекологическое исследование** проводилось совместно с врачами гинекологами. В ходе проведения данного исследования обращалось внимание на наличие расширенных вен области промежности и на состояние слизистой оболочки шейки матки, наличие варикозного расширение вен влагалища и гениталий, а также сопутствующей патологии.

**Ультразвуковое исследование органов малого таза** выполнялось всем пациенткам с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов малого таза производилось врачами функциональной диагностики различных диагностических учреждений. УЗИ-исследование выполнялось в горизонтальном положении пациентки, на «полный мочевого пузырь». В ходе проведения ультразвукового исследования органов малого таза, оценивалось наличие патологических образований, а также воспалительных процессов. Подробно изучалось состояние матки, её придатков и связочного аппарата.

**Трансвагинальное ультразвуковое дуплексное сканирование** вен малого таза производилось на аппарате «Сономед – 500» Россия (2011г), в основном в сером режиме с частотой конвексного датчика 6,5 МГц. При проведении трансвагинальных исследованиях нижние конечности сгибались в тазобедренных и коленных суставах и ротировались кнаружи. Параллельно выполнялось исследования матки, придатков на предмет патологических образования и сопутствующей патологии.

#### **Ультразвуковое дуплексное сканирование вен малого таза и нижних конечностей**

Трансабдоминальное дуплексное сканирование вен малого таза производилось с применением трансабдоминального датчиков, с частотой 4 - 7 МГц, установки фирмы «MindrayDC - 7» Китай, 2010г. При этом использовалось ультразвуковое дуплексное сканирование не только вен малого таза, но и вен нижних конечностей. Трансабдоминальное дуплексное сканирование проводилось в горизонтальном положении пациентки, на полный мочевого пузырь. В ходе его проведения оценивалось состояние нижней полой, подвздошных и почечных вен, а также изучался диаметр левой почечной вены на всем протяжении от ворот почки до нижней полой вены. Данное исследование проводилось с целью выявления возможного сдавления сосуда в аорто-мезентериальном пинцете.

Необходимо отметить, что применение методики трансабдоминального дуплексного сканирования оправдано лишь у лиц астенического телосложения и с низкой выраженностью подкожно-жировой клетчатки.

Во время проведения как трансвагинального так и трансабдоминального дуплексного сканирования всем больным для определения рефлюкса по расширенным венам была проведена проба Вальсальвы. После локации расширенной вены пациентке предлагалась натуживаться и одновременно регистрировалась величина рефлюкса. Линейная скорость параметральных вен определялась косвенно, по показателям венозного кровотока в яичниковых венах. Вены яичникового сплетения являются истоком гонадных вен и выявление рефлюкса при пробе Вальсальвы, свидетельствует об обратном кровотоке в гонадной вене.

**Контрастную тазовую флебографию** проводили на ангиографической установке с использованием неионных контрастных препаратов с содержанием атомарного йода не меньше 300 мг на 1 мл (Omnipaque 300,0 и 350,0; Ultravist 370,0) в разведении с физиологическим раствором.

В работе использован бедренный доступ. При бедренном доступе после пункции сосуда катетер проводили в нижнюю полую вену, затем в левую почечную - проводили рено флебографию. После этого локализовали катетер в начальном отделе левой яичниковой вены. На следующем этапе проводилось избирательное контрастирование данного участка. Затем проводилось проведение катетера в нижнюю полую вену, за счёт чего проводилась визуализация сосудов, с дальнейшим введением до 12 миллилитров контраста.

Флебография выполнялась нами по строгим показаниям, при возникновении спорных моментов после проведения ультразвуковой диагностики. Осторожность назначения данной методики, не смотря на то, что она является, по сути «золотым стандартом» в диагностике заболеваний вен, обусловлена последними данными, которые показывают отрицательное влияние контрастного вещества на стенку сосуда.

**Оценка выраженности тазового венозного полнокровия до и после лечения.** С целью оценки результатов лечения, путём определения выраженности тазового венозного полнокровия, была разработана специальная шкала подсчёта, с использованием основных клинических проявлений ВБВМТ. В зависимости от наличия и выраженности клинической симптоматики выставлялось оценка от 0 до 2 баллов (чем выражена клиническая симптоматика выше балл, тем). В последствии все результаты суммировались и выводы делались на основании суммы результатов. Как видно из приведённых данных в таблице 1, максимально возможной неблагоприятной суммой баллов является числовое выражение 8.

**Таблица 1. - Критерии оценки выраженности клинической симптоматики у больных с ВБВМТ\***

Критерий оценки	2 балла	1 балл	0 баллов
Боль	выражена	незначительна	Отсутствует
Нарушение менструации	выражены	незначительны	Отсутствуют
Диспареуния	выражены	незначительны	Отсутствуют
Дизурические расстройства	выражены	незначительны	Отсутствуют

*\*Примечание: все баллы суммировались, как до, так и после проведения курса лечения, после чего, путём вычитания разности, определялась цифровая разница и получали цифровое выражение результативности проведённой терапии.*

Кроме того, с целью оценки болевого синдрома, как наиболее яркого признака варикозной болезни малого таза, нами использовалась авторская модификация стандартной шкалы болевой чувствительности по опроснику Мак Гилла (1987г). При дальнейшем изучении данного опросника, применение его в том виде, в котором он был предложен Мак Гиллом, у больных с варикозным расширением вен малого оказалось невозможным, ввиду излишней громоздкости. Нами были оставлены лишь следующие параметры оценки: острота боли, длительность, внезапность появления,

регулярность и пульсация. Баллы были оставлены те же, с оценкой выраженности признака от 1 до 3.

### Статистическая обработка результатов

Полученные данные обработаны с помощью статистической программы Statistica 6.0. Нормальность распределения определялась критериями: Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса и Шапиро-Уилка. Полученные данные описывались в виде медианы с указанием 25 - 75 квартилей (Me[25q-75q]). Статистические различия в группах оценивались с помощью критериев Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

### Клинические проявления и результаты инструментальных методов исследования

**Клинические проявления.** Основным клиническим проявлением ВБВМТ являлась нециклическая тазовая боль различной степени выраженности. Как видно из рисунка 2, хронические боли (пеллалгии) имелись у 100% больных.

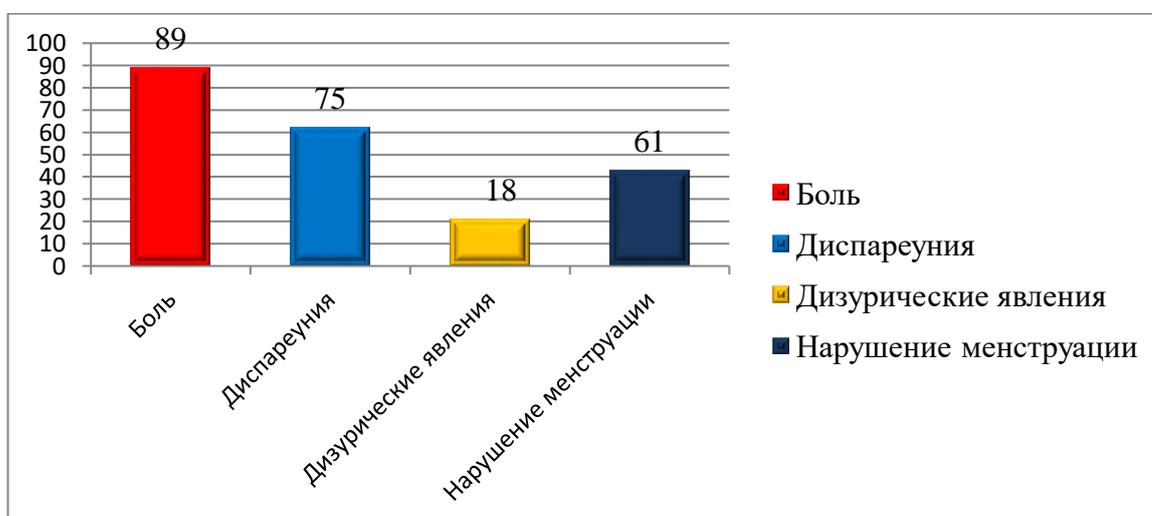


Рисунок 2.- Клиническая картина ВРВМТ

Как видно из таблицы 2, оценка клинических проявлений по двухбалльной шкале, содержащей 4 пунктов, показала изначально тяжёлое состояние у пациенток в группе обращения. Среднее значение суммы баллов до проведения лечения в целом составило  $6,8 \pm 0,2$  балла. Учитывая тот факт, что максимально возможное значение баллов составляло 8, можно сказать об изначально достаточно выраженной клинической картине у пациенток в группе обращения.

Таблица 2.- Средняя сумма баллов ( $M \pm m$ ) по двухбалльной шкале оценки клинических проявлений у больных с ВРВМТ ( $n=89$ )

Клиническое проявление	Сумма баллов, $M \pm m$ Me[25q-75q]
Боль	$1,9 \pm 0,05$

	2,0[2,0-2,0]
Дисменорея	1,7±0,05 2,0[1,0-2,0]
Диспареуния	1,8±0,03 2,0[1,0-2,0]
Дизурия	1,4±0,05 2,0[1,0-2,0]
Итого	6,8±0,2 1,6[1,6-1,7]

Таким образом, боль, как наиболее выраженный клинический признак при варикозной болезни малого таза, имеет наибольшее клинико-диагностическое значение. Ввиду этого, изучение характеристик и особенностей болевого синдрома, присущих именно варикозному расширению вен малого таза, приобретает особое значение, для дифференцированной диагностики.

Результаты анкетирования больных по модернизированному опроснику Макк Гилла приведены в таблице 3. Как видно из таблицы среднее значение по общим показателям боли составило 11,5 баллов, при максимально возможном значении 15. оценивая признаки боли, можно судить о том, что данный симптом имел среднее значение выраженности, что может служить характеристикой при дифференцировке диагноза у больных с тазовыми болями.

**Таблица 3. – Модернизация шкалы оценки боли по МакГилла (n=89).**

Проявление	Сумма баллов
Острота	2,6±0,4
Длительность	2,4±0,6
Внезапность появления	2,2±0,5
Регулярность	2,3±0,7
Пульсация	2,0±0,7
Итого	11,5±2,9

В общем и целом, субъективная оценка данных, посредством опроса и занесения полученных данных является неотъемлемой частью оценки состояния больной. Как видно из приведённых выше данных, клиническая картина при варикозной болезни малого таза отличается своеобразием, как в плане нарушений функционирования репродуктивной и сексуальной сферы, так и в отношении боли. Однако, несмотря на все преимущества субъективной оценки состояния больной, как для постановки правильного диагноза, так и для выбора правильной методики лечения, обязательно её дополнение данными дополнительных инструментальных методов исследования.

### Результаты методов исследования

Проведение гинекологического метода исследования помогало установить наличие либо отсутствие воспалительных явлений половых органов, определить наличие варикозного расширения вен влагалища и его границу.

Применение ультразвукового исследования органов брюшной полости, забрюшинного и малого таза выполнялось нами с целью выявления сопутствующей патологии.

При проведении ультразвукового дуплексного сканирования в параметральных и параовариальных областях определялись варикозно расширенные вены в виде извилистых сосудистых сегментов, различной степени расширенности, при исследовании просвета которых отмечалось замедление кровотока. Довольно часто при проведении пробы Вальсальвы у больных с варикозным расширением вен малого таза определились наличие обратного рефлюкса крови в расширенных венах. Наиболее часто была отмечена двусторонняя локализация патологического процесса в яичниковых венах, у 62 больных (69,7%), левосторонняя локализация была отмечена в 27 случаях (30,3%), правосторонней локализации варикозного расширения гонадных вен в данном исследовании отмечено не было.

Приведённые в таблице 4, данные показывают высокую степень расширения как параметральных вен, так и венозных сплетений яичников в группах исследования.

**Таблица 4. - Показатели гемодинамики венозной системы малого таза у больных с варикозным расширением вен малого таза (n=89)**

Сосуд	Диаметр (мм)			Средняя величина рефлюкса при выполнении пробы Вальсальвы, см/сек		
	Правая	Левая	P	Правая	Левая	P
Яичниковые вены	6,7±0,6	8,8±0,4	<0,05	17,2±0,3	18,6±0,9	<0,05
Параметральные Вены	5,1±0,5	6,2±0,7	<0,05	12,4±0,6	14,3±0,8	<0,05

В ходе проведенных исследований, средний диаметр вен параметрия составил 5,5±0,3 мм. Средний диаметр правой гонадной вены составил 6,7±0,6 мм, а левой 8,8±0,4 мм, причем всегда расширение вен левого яичника преобладало правой (p<0,05).

Всё вышеуказанное является подтверждением незаменимости метода ультразвукового дуплексного сканирования сосудов малого таза с целью обнаружения варикозно-расширенных вен малого таза, а также выявления наличия патологического рефлюкса по данным сосудам. Методика показала себя эффективной и не трудоёмкой, а также отметила себя как достойная альтернатива инвазивным методикам диагностики.

В ходе проведения нашего исследования исходя из результатов анкетирования по двухбалльной шкале интенсивности жалоб и результатов

УЗДС была выявлена статистически значимая прямая зависимость между выраженностью симптоматической картины (в балловой оценке) и диаметром расширенных вен (выраженностью венозного полнокровия малого таза) (таблица 5).

**Таблица 5. - Оценка выраженности тазового венозного полнокровия**

<b>Клинические признаки</b>	<b>I степень</b>	<b>II степень</b>	<b>III степень</b>
Тазовая боль	1,6 [0,9-2,0]	1,8 [1,1-2,3]	1,9 [1,2-2,7]
Диспареуния	1,0 [0,7-1,5]	1,7 [0,9-1,8]	1,9 [1,0-1,9]
Дисменорея	1,2 [0,6-1,7]	1,7 [1,0-1,7]	1,8 [0,7-1,5]
Дизурия	-	1,1 [0,9-1,1]	1,6 [0,9-1,6]
Сумма баллов Me [25q-75q]	3,8 [1,6-2,2]	6,3 [1,4-2,5]	7,2 [1,3-2,7]

Как видно из приведенной таблице 5, клинические проявления более выражены у пациенток со II-III степенями расширения, у них средняя значения суммы баллов было близко к максимальному числовому выражению.

Рентгеноконтрастная тазовая флебография были выполнены 6 пациентам. Столь низкое процентное отношение выполнения данного метода диагностики объясняется особенностями методики: дороговизна, сложность выполнения, инвазивность, наличие аллергических реакций на контрастное вещество у некоторых индивидуумов, а также (согласно последним данным) неблагоприятное влияние на стенку сосуда, что порой способно усугублять венозную недостаточность. При флебографии средний диаметр расширенных вен составлял 9,6-10,3 мм, который является на порядок выше, чем в общей группе. Полученные у шести пациенток данные свидетельствуют о незначительной разнице между данными, полученными у данных больных при дуплексном сканировании сосудов и последующим проведением контрастной флебографии.

Показатели диаметра вен, полученные в ходе дуплексного сканирования и флебографии, не имели значимого различия, ввиду чего можно сделать вывод о предпочтительности использования не инвазивной методики диагностики. Флебография позволяет выявлять рассыпчатые формы, а также те пути рефлюкса, которые не видны при ультразвуковом исследовании. Однако в большинстве случаев рассыпчатые формы можно выявить интраоперационно, так что данное преимущество нельзя отнести к полностью нивелирующим инвазивность данной методики.

### **Методы консервативного и хирургического лечения**

В зависимости от метода лечения больные были разделены на три клинические группы.

В I-ю клиническую группу вошли 31(34,8%) больных, которые лечились консервативным методом.

Во II-ю клиническую группу вошли 24(27%) больных со II и III степенями варикозного расширения, которым было проведено стандартное хирургическое лечение, с перевязкой гонадных вен. Данная методика была выполнена пациенткам на ранних этапах исследования.

III-ю группу составили 34(38,2%) больных со II и III степенями варикозного расширения. Пациенткам третьей клинической группы было проведено резекция яичниковых вен с интраоперационной склерооблитерацией варикозно расширенных венозных сплетений яичника (выборочно) и параметрия на сколько это возможно, с целью облитерации возможных дополнительных ветвей, не выявленных в ходе операции.

### **Консервативное лечение**

Показаниями к консервативному лечению больных с варикозным расширением вен малого таза были:

- 1) отказ пациентки от хирургического вмешательства;
- 2) I степень варикозного расширения вен малого таза по классификации А.Е. Волкова и соавт. (2000г).

При выборе лекарственных средств в группе консервативного лечения основным принципом являлся «Индивидуальное лечение каждого больного». Как уже было указано выше, у больных в группе исследования была выявлена повышенная частота сопутствующей гинекологической патологии. Лечение сопутствующей гинекологической патологии проводилось в тесном сотрудничестве с врачами гинекологами различных специализированных учреждений г. Душанбе.

В ходе проведения консервативного лечения больных с варикозным расширением вен малого таза, нами применялись следующие группы препаратов: флеботропные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, витамины и общеукрепляющие препараты, антикоагулянты, компрессионная терапия, лечебная гимнастика, седативные препараты.

### **Хирургическое лечение**

Хирургическое лечение заключалось в резекции гонадных вен забрюшинным доступом. Патогномическим обоснованием данной процедуры служит тот факт, что именно по этим венам происходит патологический заброс венозной крови из системы полой вены обратно в венозные сплетения. Основными показаниями к выполнению хирургического вмешательства были:

- 1) неэффективность консервативного лечения в течение 6 месяцев от начала проведения;
- 2) II-III степень ВРВМТ по классификации А.Е. Волкова и соавт. (2000г).

### **Внебрюшинная резекция яичниковых вен традиционным методом**

Внебрюшинная резекция яичниковых вен выполнялась открытым способом, под эндотрахеальным наркозом. Разрез проводился с ориентацией по наружной ости подвздошной кости отступая на 1,5-2,0 см кнутри и книзу. Выбирался минимальный разрез, длина которого не превышала 6-8 см, в

зависимости от выраженности подкожно-жировой клетчатки пациентки. В зависимости от локализации патологического процесса, нами выбирался либо двухсторонний, либо левосторонний разрез. После выделения всех мягких тканей, проводилось выделение сосудов. Гонадная вена определяется как располагающийся на большой поясничной мышце сосуд, по бокам от которого находятся мочеточник и бедренно-половой нерв. Средняя и нижняя треть яичниковой вены расположены в окружении сухожилия малой поясничной мышцы. Мобилизация сосуда проводилась максимально в проксимальном направлении насколько это возможно, а дистально вплоть до гроздевидного сплетения, с перевязкой всех попутных вен. В дальнейшем проводилось пересечение сосудов с двух сторон (с резекцией участка длиной до 8-10 см) с перевязкой обоих концов.

Следует отметить, что в начале исследований у 24 больных были произведены вмешательства только на гонадных венах, т.е. резекция гонадных вен, в дальнейшем нами было разработана новая методика хирургического лучения ВРВМТ, включающий в себя резекцию яичниковых вен с интраоперационной склерооблитерацией варикозно расширенных венозных сплетений яичника и параметрия

#### **Внебрюшинная резекция гонадных вен в комбинации со склерооблитерацией**

В 34 случаях, на конечном этапе операции, после резекции гонадной вены, проводилось сопутствующее склерозирование варикозно расширенных вен гроздевидного сплетения яичника и венозных сплетений параметрия, с применением склерозирующего препарата «Этоксисклерол» либо «Фибровейн» в разведении с физиологическим раствором до достижения процентки от 1,5 до 2,0 %, в зависимости от диаметра вен. При данном виде комбинированного хирургического вмешательства, с целью предотвращения развития рецидива, по тем венам, перевязка и удаление которых ввиду технических сложностей невозможна и коммуникантных вен которые визуально могут быть не замечены, проводится выборочное их склерозирование.

Всем больным после операции было назначено курс реабилитационного лечения, который включал: флеботропные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, антикоагулянты, ограничение физической нагрузки в течение 3-6 месяцев, компрессионная терапия.

Следует отметить, что из числа 58 больных, которым было выполнено оперативные вмешательства, 50 больным производились дополнительные вмешательства и процедур: комбинационная флебэктомия из нижней конечности 29 (32,5%) больным, при рассыпном типе варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей была произведена их склерозирование 8 (8,9%) пациенткам, при варикозном расширении вен атипичной локализации 28 (31,4%) больным было выполнено склерозирование расширенных вен, 9 пациенткам выполнена минифлебэктомия в данной области.

## Результаты консервативного лечения и оценка эффективности хирургического лечения

Результаты оценивались в ближайшем и отдалённом периоде после проведения методов лечения, путём заполнения опросников касательно балловой оценки основных жалоб и характеристик боли по Мак-Гиллу, которые были приведены выше. Купирование клинических проявлений варикозной болезни вен малого таза после консервативной терапии в большей степени наблюдалось у больных с I-й степенью расширения вен. У больных со II и III-степенями расширения было временное уменьшение болевого синдрома на фоне полученной консервативной терапии. В отдаленном периоде сохранение клинической симптоматики наблюдалось у 7 (25%) больных с сочетанным поражением гонадных и внутри тазовых вен. При дуплексном сканировании, в ближайшем периоде, после проведенной консервативной терапии, нами было установлено статистически достоверное уменьшение среднего диаметра вен у больных с I-й степенью расширения. В отдаленном периоде после полученной терапии в некоторых случаях отмечалось расширение вен. У больных со вторыми и третьими степенями расширения, как в ближайшем, так и в отдаленном периодах было не выраженное уменьшение диаметра расширенных вен.

В ближайшем периоде во 2-й клинической группе у 14 (почти у 60,5%) больных было купирование хронической тазовой боли и других симптомов тазового венозного полнокровия. В отдаленном послеоперационном периоде симптомы венозного полнокровия малого таза сохранилась у 7 больных (у 29% больных). По данным дуплексного сканирования у более 60% больных наблюдалось уменьшение вен гроздевидного сплетения яичника и параметрия, что свидетельствует о значительном уменьшении объёма застойной крови в малом тазу после выполнения хирургического вмешательства. Тем не менее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде у некоторых больных отмечался появление клинической картины хронической тазовой боли при физической нагрузке (или любых провоцирующих факторов вызывающий венозную гипертензию).

В третьей клинической группе у 30 (88,2%), больных в ближайшем послеоперационном периоде было купирование клинических проявлений ВБВМТ. По нашему мнению, сохранение клиники тазовой боли у 4 (4,5%) оставшихся больных, скорее всего имеет психогенный характер, так как у них по результатам УЗДС отмечалось достоверное уменьшение венозного полнокровия вен малого таза. В отдаленном послеоперационном периоде у 2 (2,2%) больных сохранялось клиника тазовой боли. Результаты в третьей клинической группе как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдалённые сроки были лучшими среди всех трёх групп. Введение склерозирующих препаратов почти полностью устраняло полнокровие в малом тазу. Визуализировались оставшиеся, не облитерированные вены параметрия и яичникового сплетения диаметром до 3 мм. Рефлюкс в них не регистрировался.

В таблице 6 приведены результаты анкетирования больных по модификации шкалы болевой чувствительности Мак Гилла после лечения.

Наибольшую разницу касательно показателей характеристики тазовой боли в ранние сроки имели больные, которым было выполнено сочетанное хирургическое вмешательство с введением в вену склерозирующего препарата, у больных этой группы показатель характеристики боли уменьшился от 12,5 до 1,6 баллов. В то же время показатели улучшения в подгруппе с изолированной резекцией яичниковых вен и консервативного лечения имели статистически значимое отставание.

**Таблица 6. – Показатели суммы баллов (Me[25q-75q]) по модернизированной шкале оценки боли Мак Гилла (1987) после лечения (n=89)**

Клиническая группа	До лечения (сумма баллов)	После лечения (сумма баллов)	Н-критерий Краскела-Уоллиса
I	9,9[1,4-2,9] p1<0,05 p2<0,001	4,7[1,5-2,4] p1<0,05 p2<0,001	<0,05
II	12,2[2,2-3,1] p1<0,05 p2<0,001	5,1[1,9-2,7] p1>0,05 p2<0,05	<0,05
III	12,5[2,5-3,4] p1<0,05 p2<0,001	1,6[1,1-2,0] p1>0,05 p2<0,05	<0,01

Примечание: p1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в I группе; p2 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми во II группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Таким образом, можно сделать вывод о целесообразности применения комбинированного метода хирургического вмешательства у больных с запущенными формами варикозного расширения вен малого таза. Преимуществом комбинированной операции в III-й группы заключалось в том, что при этом основные расширенные вены яичника и параметральные вены облитерируются, этим самым ликвидируется венозная гипертензия в указанных венах в ближайшие сроки, что не отмечается при изолированной резекции гонадных вен. При этом расширенные вены в результате исключения основных путей оттока остаются расширенными с высоким давлением пока не развиваются новые коллатеральные пути оттока. Эти данные подтверждены дуплексным сканированием в ближайшие сроки после операции. Следует отметить, что при склерозировании все вены яичникового сплетения не облитерируются, как показало дуплексное сканирование в ближайшем и отдалённом сроках, уменьшается их количество, т.е. не выключается полностью пути оттока из яичника.

Всё вышеописанное свидетельствует о необходимости совершенствования методов ведения больных с варикозным расширением вен малого таза, в том числе посредством рекомендованных выше методик. Как видно из разработанного в ходе работы алгоритма (рисунок 3.), обязательным компонентом успешного ведения является исключение на ранних этапах наличия сопутствующей патологии, способной вызывать сходную картину, а также оценка психологического статуса больной. Выбор метода лечения варикозного расширения вен малого таза должен

основываться на степени расширения по предложенной классификации. С целью установления степени расширения вен желательно использовать неинвазивный и недорогой метод ультразвукового сканирования сосудов. Дальнейшая тактика представлена на схеме.



Рисунок 3. Алгоритм ведения больных с хронической тазовой болью

## Заключение

### Основные научные результаты диссертации

1. Наиболее ярким клиническим проявлением варикозной болезни малого таза является боль, имеющая свои характерные особенности, позволяющие дифференцировать данное заболевание от других патологий: острые и длительные боли, с маловыраженной пульсацией [7-А].
2. Основными причинами поздней диагностики являлись: не специфичность клинической картины, нивелирование симптоматики другими гинекологическими, урологическими и неврологическими заболеваниями, по поводу чего больные долгое время лечатся у других врачей [1-А,3-А].
3. Применение ультразвуковых методов исследования является достойной альтернативой контрастной флебографии, а комбинированное применение трансабдоминального и трансвагинального датчиков позволяет снизить вероятность диагностической ошибки до минимума [2-А,4-А,13-А].
4. Разработанный алгоритм диагностики и ведения больных с варикозным расширением вен малого таза минимизирует допущения ошибок в диагностике и позволяет определить тактику лечения; [5-А,8-А]

5. Консервативное лечение показано больным с первой стадией варикозного расширения вен малого таза с незначительными симптомами тазового венозного полнокровия и без выраженного рефлюкса крови по яичниковым венам. Во всех остальных случаях показано хирургическое вмешательство [9-А,10-А,12-А].
6. Резекция гонадных вен в комбинации со склерозированием вен параметрия и яичникового сплетения показала свои преимущества над другими методами. Преимуществом данной методики заключается в том, что основные расширенные венозные сплетения яичника и параметрия облитерируются, этим самым ликвидируется венозная гипертензия в указанных венах, что не отмечается при изолированной резекции гонадных вен. Следует отметить, что при склерозировании все овариальные вены не облитерируются, как показало дуплексное сканирование в ближайшем и отдалённом сроках, уменьшается их количество, т.е. не выключается полностью пути оттока из яичника [5-А,9-А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Использование авторских модификаций методики оценки интенсивности жалоб, а также модификации оценки характеристик боли по Мак-Гиллу показали себя эффективным с целью оценки состояния больной, как до проведения лечения, так и в последующие периоды;
2. Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов малого таза является достойной альтернативой инвазивным методикам, в том числе и контрастной флебографии;
3. Консервативное лечение женщин с варикозным расширением вен малого таза должно включать в себя применение флеботонических препаратов на основе диосмина, а также нестероидные противовоспалительные препараты, для снижения болевого синдрома, а также устранения воспалительных явлений, часто сопутствующих данной патологии;
4. Применение комбинированного хирургического вмешательства с введением склерозирующих веществ в параметральные и вены яичникового сплетения значительно улучшает как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения больных (Рационализаторское предложение №3670/R721 от 12.10.2019г).

### **Список публикаций соискателя учёной степени кандидата наук**

#### **Статьи в рецензируемых научных журналах**

[1–А] Курбонова Н.Н. Возможности ультразвуковой диагностики при определении варикозной болезни малого таза / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, З.З. Умарова // Вестник Авиценны. – 2017. – № 3. – С. 382-386.

[2–А] Нуридинзода Н.Н. Комбинированное лечение варикозного расширения вен малого таза, срамной области и нижних конечностей / Н.Н. Нуридинзода, Дж.Д. Султанов, Х.А. Чабборов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2019. – №4. – С. 59-65.

[3–А] Курбонова Н.Н. Варикозная болезнь вен малого таза – проблема на стыке гинекологии и сосудистой хирургии (обзор литературы) / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, Р.М. Ятимова // Здоровоохранение Таджикистана. – 2018. – №2. – С. 68-75.

#### **Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций**

[4–А] Курбонова Н.Н. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин репродуктивного возраста / Н.Н. Курбонова, М.Х. Курбанова // Материалы VI съезде акушеров и гинекологов Республики Таджикистан, 2016 года г. Душанбе. 2 Декабря 2016 . – С. 265-267.

[5–А] Курбонова Н.Н. Показания к выполнению хирургических вмешательств при варикозной болезни вен малого таза у женщин / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, У.М. Авгонов // Материал Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии». – Душанбе, 2016. – С. 82-83.

[6–А] Курбонова Н.Н. Первый опыт эндоваскулярного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов / Материал Научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости РТ. «Медицинская наука: достижения и перспективы» Сборник материалов конференции. 29 апреля 2016. – С. 183-184

[7–А] Курбонова Н.Н. Клинико-диагностические аспекты варикозной болезни вен малого таза / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан: «Проблемы теории и практики». 18 ноября 2016. – С. 209-211.

[8–А] Курбонова Н.Н. Интраоперационная склерооблитерация вен в лечение варикозной болезни вен малого таза / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов // Материалы научно-практической конференции молодых учённых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием, «Роль молодёжи в развитии медицинской науки» посвященной «Году молодёжи». 28 апреля 2017. – С. 117-118.

[9–А] Курбонова Н.Н. Тактика лечения больных с варикозным расширением вен малого таза в зависимости от степени расширения / Н.Н. Курбонова // Материал XXI ежегодной сессии национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России с всероссийской конференцией молодых ученых. – Москва, 2017. -С. 199.

[10–А] Курбонова Н.Н. Фармакологическое лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, Н.Р. Курбанов, У.М. Авгонов // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни

Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». Том 1. 2017, – С. 337-338.

[11–А] Курбонова Н.Н. Хирургическая тактика при окончательной остановке послеоперационных окушерских кровотечений / М.Р. Табаров, Д.М. Конунова, Н.Н Курбонова// Сборник научных статей 65 годичной международной научно–практичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». Том 1. Ноябрь 2017. – С. 364-366.

[12–А] Нуридинзода Н.Н. Оценка результатов консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин / Н.Н. Нуридинзода, Дж.Д. Султанов, О. Солиев // Материал XXXV Международной конференции «Внедрение высоких технологий в сосудистую хирургию и флебологию». – Санкт-Петербург, 2019. – С. 156.

[13–А] Нуридинзода Н.Н. Оптимизация диагностики больных с варикозной болезнью вен малого таза / Дж.Д. Султанов, Н.Н. Нуридинзода, А.А. Ворисов // Вестник комплекс здоровья Истиклол. – 2020. – № 1. – С. 36-40.

[14–А] Нуридинзода Н.Н. Сочетанное оперативное вмешательство при варикозной болезни вен малого таза и варикозной болезни нижних конечностей / Дж.Д. Султонов, Н.Н. Нуридинзода, А.А. Ворисов, Ф.Н. Ахмедова // Вестник комплекс здоровья Истиклол. – 2020. – № 2. – С. 50-54.

### **Рационализаторское предложение**

1. Нуридинзода Н.Н. «Способ хирургического лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин». Н.Н. Нуридинзода, Дж.Д. Султонов. Удостоверение на рационализаторское предложение №3670/R721 - выданное ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». 12.10.2019г.

### **Перечень сокращений и условных обозначений**

ВЗМТ	Воспалительные заболевания малого таза
ВП	Вены параметрия
ВРВМТ	Варикозное расширение вен малого таза
ВРВНК	Варикозное расширение вен нижних конечностей
КТФ	Контрастная тазовая флебография
РНЦССХ	Республиканский научный центр сердечно сосудистой хирургии
СТВП	Синдром тазового венозного полнокровия
УЗДС	Ультразвуковое дуплексное сканирование
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ХВН	Хроническая венозная недостаточность
ХТБ	Хронические тазовые боли
ЯВ	Яичниковая вена

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ  
АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.14-007.64-07-089; 618.13

**НУРИДИНЗОДА НАСИМА НУРИДИН**

**МУКАММАЛКУНИИ ТАШХИС ВА ҶАНБАҲОИ ТАНОСУБИИ  
МУОЛИҶАИ БЕМОРИИ ВАРИКОЗИИ ВАРИДҶОИ КОСИ  
ХУРД ДАР ЗАНОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои унвонҷӯии унвони илмии номзади  
илми тиб аз рӯи ихтисоси 14.01.17 - Ҷарроҳӣ

Душанбе – 2021

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** Султонов Чавли Давронович- дорандаи Ҷоизаи давлатии ба номи Абӯалӣ ибни Сино, доктори илмҳои тиб, профессор

**Мушовири илмӣ:** Қурбонова Муборак Хасановна- сардори шуъбаи гинекологиии ПИТ АГ ва П доктори илмҳои тиб, профессор

**Муқарризони расмӣ:** доктори  
Муҳиддин Нуриддин Давлатали –  
илмҳои тиб, ректори МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”,

Раҳматуллаев Раҳимҷон - доктори илмҳои тиб директори муассисаи ташхису табобатии «Ваворуд» Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муассисаи тақриздиханда:** Донишгоҳи давлатии тиббии Бухоро ба номи Абу Али ибн Сино

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_соли 2021 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-025 МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо нишони 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj).

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_соли 2021 ирсол гардид.

Котиби илмии шӯрои диссертатсионӣ,  
доктори илмҳои тиб

Юнусов И.А.

## Муқаддима

**Мубрамай ва зарурияти гузаронидани таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Бемории варикозии варидҳои коси хурд яке аз масъалаҳои мубрами ангиологияи муосир маҳсуб меёбад. Бемории мазкур бештар дар байни занон паҳн гардида, тибқи омор бештар аз 15% занони синну соли аз 20 то 50 сола мубталои ин беморӣ мебошанд. [Ю.Т. Цуканов, А.Ю. Цуканов, Е.Г. Левданский, А.В. Губенко 2015]. Новобаста аз ҷой доштани бештар аз ҳазор таҳқиқотҳои илмӣ ташхис ва муолиҷаи васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд то марҳилаи ҳозира вазифаи мураккаби мутахассисони клиникӣ ба шумор меравад [А.О. Исламов 2016]. Тибқи нишондоди тадқиқотҳои мухталия танҳо 35% занон аз натоиҷи муолиҷа қаноатманд мебошанд [С.В. Веризгова, Е.Б. Трояк 2016]. Натоиҷи ғайриқаноатбахш бештар аз муроҷиати дер ва саҳвҳои ташхисӣ дар марҳалаҳои аввали муроҷиат вобаста мебошанд [Д.А. Ступин, А.Н. Селецкий 2016].

Барои ташхиси трансформатсияи варидҳои косӣ усулҳои муосири тадқиқотӣ ба амсоли дуплекси сканерии ултрасадои (ДСУС), флебография ва томографияи компютерӣ истифода бурда мешаванд. Вале таълифоти ҷойдошта аз он шаҳодат медиҳанд, ки то имрӯз ақидаи ягона нисбати мувофиқи мақсад будани истифодаи самаранокии яке аз онҳо арзи ҳастӣ намекунад [С.В. Верезгова 2016].

Дар тибби муосир тамоюл ба гузариш аз амалиётҳои анъанавӣ ба миниинвазивӣ пайдо гардидааст. Ҳамчунин, мисли дигар ҷанбаҳо нишондад барои амалиётҳои эндоскопӣ то ба охир муайян нагардидааст ва зарурияти гузаронидани амалиётҳои миниинвазивӣ аз ҷониби баъзе муаллифон зерин шубҳа қарор гирифтааст [С. Г. Гаврилов, А. В. Сажин, М. Д. Темирболатов, 2017].

**Дараҷаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Вайроншавии маҷрои хун аз варидҳои васеъшудаи тухмдон ва варидҳои параметрия боиси баландшавии ҳарорати узвҳое, ки гардиши хуни онҳо вайрон мешавад мегардад ва бо назардошти таъсирпазирии системаи репродуктивӣ ба ҳарорати баланд иллатёбии фаъолияти онҳо ба амал меояд. Азбаски аломати асосии клиникии бемории варикозӣ дарди музмин мебошад, ин аломати клиникӣ ба як қатор бемориҳои дигар хос буда, ин қабил беморон муддати тӯлонӣ дар назди табибони мухталиф, аз терапевту асабшинос сар карда, то гинекологу ҷарроҳи умумӣ муолиҷа мегиранд.

Дар марҳалаи ҳозира дастурамали маҳсус, ҳамчунин алгоритми муолиҷаи беморони мубталои бемории варикозии коси хурд вучуд надорад, ки хулосабарориро ҳангоми муроҷиат ва гоҳо дар ҳолате, ки ташхисгузори бармаҳал имкон дорад, комилан душвор мегардонад.

Ҳамчунин, то ба охир нишондод барои муолиҷаи консервативӣ ва ҷарроҳӣ ҳангоми ин беморӣ пешниҳод нагардидааст.

Ҳамин тариқ, як қатор масъалаҳои марбут ба васеъшавии варидҳои коси хурд ҳалли худро наёфта, тадқиқгузаронии мукамалро тақозо менамоянд.

**Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот.** Дар рафти тадқиқоти гузаронидашуда аломатҳои клиникии васеъшавии варидҳои коси хурд қомилан мавриди омӯзиш қарор гирифтаанд. Тадқиқотҳои гинекологӣ дар ҳамчоягӣ бо гинеколог гузаронида шудааст, ки он аз муоинаи чатан ва маҳбал иборат буд. Дар рафти гузаронидани тадқиқот ба ҷой доштани варидҳои васеъшудаи мавзеи чатан ва ҳолати пардаи луобии гарданаки бачадон, ҷой доштани васеъшавии варидҳои маҳбал, ҳамчунин ҷой доштани бемориҳои ҳамрадиқ диққати махсус дода мешуд. Барои муайянкунии бемориҳои узвҳои репродуктивӣ ба ҳамаи беморон тадқиқоти ултрасалоии узвҳои коси хурд бо истифода аз санҷандаҳои трансабломиналӣ ва трансвагиналӣ гузаронида шудааст. Дар рафти гузаронидани тадқиқоти ултрасалоии узвҳои коси хурд ҷой доштанги ташкилаҳои патологӣ ва иллатҳои илтиҳобӣ баҳогузорӣ шудааст. Ба ҳолати бачадон, замимаҳо ва бандаҳои он аҳамияти махсус дода шудааст.

Марҳалаи муҳими дигар ДСУС-и варидҳои коси хурд барои муайянкунии ҷой доштани васеъшавии варидҳо ва дараҷаи дилататасияивен онҳо мебошад. Ангиосканированидани варидҳои кос аз рӯи усули маъмул бо истифода аз санҷандаҳои трансабломиналӣ ва трансвагиналӣ гузаронида шудааст. Ҳангоми гузаронидани ДСУС андозаи варидҳои васеъшударо чен карда, барои муайянкунии баргаштани хун аз варидҳои васеъшуда бо усули Валсалви санҷиш гузаронида мешуд. Флебографияи контрастӣ танҳо бо нишондоди ҷиддӣ ҳангоми пайдо шудани ҳолатҳои баҳснок пас аз тадқиқоти ултрасалодӣ амалӣ мегардид. Тадқиқот дар дастгоҳи ангиографӣ бо истифода аз маводҳои контрастии ғайриионӣ амалӣ мегардид. Барои муайянкунии дараҷаи серхунии варидии косӣ миқёси махсуси ҳисобкунӣ бо истифода аз аломатҳои асосии БВВКХ пешниҳод карда шуд. Ҳамчунин, барои баҳодиҳии ҳусусияти дарди кос ва натоиҷи муолиҷа мо модификатсияи муаллифии миқёси ҳиссиёти дардӣ аз рӯи саволномаи Мак Гилл (1987) мавриди истифода қарор гирифтааст.

## ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мақсади тадқиқот.** Беҳтаркунии ташхис ва муолиҷаи мукаммали васеъшавии варидҳои коси хурди занон.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти тадқиқоти гузаронидашуда 89 нафар занони мубталои бемории варикозии коси хурд қарор гирифтаанд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Таҳқиқоти беморон бо васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд дар ҳамчоягӣ бо бемориҳои гинекологӣ ва бемории варикозии андомҳои таҳтонӣ ба шумор меравад. Предмети тадқиқоти диссертатсия бо консепсияи мавзӯи диссертатсия мувофиқ мебошад. Предмети диссертатсия бо шаҳодатномаи ихтисоси 14.01.17- Ҷарроҳӣ рост меояд.

### **Вазифаҳои тадқиқот:**

1. Омӯзиши аломатҳои клиникии васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд ва муайян намудани омилҳои асосии дер ташхискунии беморӣ.
2. Муайян кардани муфиднокии ташхисии дуплекси сканерии ултрасадои барои ташхис намудани васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд.
3. Коркарди алгоритми ташхис ва муолиҷаи беморон бо васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд.
4. Мукамалкунии нишондод ва баҳодиҳии натоиҷи истифодаи усулҳои мухталифи муолиҷа вобаста аз дараҷаи васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд.

**Методҳои тадқиқот.** Дар диссертатсия тадқиқотҳои аломатиро собиқавӣ, тадқиқотҳои гинекологӣ, ташхиси ултрасадои узвҳои ковокии шикам, фазои паси сифоқ ва коси хурд, ДСУС-и варидҳои коси хурд ва андомҳои таҳтонӣ ва флебографияи рентгеноконтрастии варидҳои коси хурд мавриди истифода қарор гирифтаанд.

**Соҳаи таҳқиқот.** Соҳаи диссертатсия бо шаҳодатномаи ихтисоси 14.01.17- Ҷарроҳӣ бандҳои зерин рост меояд:

1. Этиология, патогенез, ташхис ва муолиҷаи ҷарроҳӣ;
2. Омодагии пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ ва муолиҷаи давраи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ

**Марҳалаҳои тадқиқот.** Диссертатсия марҳала ба марҳала омода гардидааст. Дар марҳалаи аввал адабиёт марбут ба масъалаи мазкур омӯхта шудааст. Пас аз он мавзӯ ва мақсади диссертатсия омода гардидааст. Ҷамъкунии маълумотҳои аломатиро собиқавии беморон, тадқиқоти гинекологӣ (муоинаи физикалӣ ва ташхиси маҳбалӣ) ва тадқиқотҳои асбобӣ (ТУС-и узвҳои ковокии шикам, фазои паси сифоқ ва андомҳои таҳтонӣ, флебография) барои муайян намудани ҷойдоштани варидҳои васеъшудаи мавзеи коси хурд ва чатан гузаронида шудааст, зеро критерияи асосии бемории варикозии коси хурд варидҳои васеъшуда маҳсуб меёбанд.

**Пойгоҳҳои асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот.** Дар диссертатсия маълумот (диссертатсияҳои, ки дар Фелератсияи Россия Ҷимоя гардидаанд, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсияҳо, анҷуманҳо) доир ба бемории варикозии варидҳои коси хурд омӯхта шудааст. Тадқиқот дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо гузаронида шудааст.

**Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия** бо ҳаҷми зарурии маводҳои тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои тадқиқот ва таълифот асоснок карда шудааст. Хулоса ва тавсияҳо бо таҳлили илмӣ натиҷаҳои ташхис ва муолиҷаи беморон бо васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд асоснок карда шудаанд.

**Навгонии илмӣ таҳқиқотӣ.** Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо маводи клиникии мукамал, ки аз 89 нафар беморон иборат буд,

чанбаҳои клиникӣ омӯхта шуда, алгоритми ташхис ва муолиҷаи беморон бо васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд омӯхта шудааст.

Дар асоси усулҳои клиникӣ асбобӣ робитаи байни андозаи варидҳои васеъшуда ва дараҷаи зуҳуроти алоими дардӣ муайян карда шудааст.

Усули баҳодиҳии шиддатнокии дард ва хусусияти дардҳои косӣ бо усули Мак-Гилл дигаргун карда шудааст, ки он ҳангоми баҳодиҳии ҳолати бемор дар давраи пеш ва пас аз муолиҷа самаранок мебошад.

Усули муштаракӣ муолиҷаи ҷарроҳӣ буриши варидҳои гонадӣ ва тазриқи маводҳои склерозӣ дар бофтаҳои варидҳои параметралӣ ва варидҳои тухмдон ихтироъ карда шудааст.

**Аҳамияти назариявӣ тадқиқот** аз он иборат мебошад, ки маводҳои назариявӣ, методологӣ, ҳулоса ва тавсияҳои дар диссертатсия дарҷгардида метавонад дар ҷараёни таълими муассисаҳои олии тиббӣ мавриди истифода қарор гирад.

**Аҳамияти амалии таҳқиқот.** Дар асоси маълумоти тадқиқотҳои гузаронидашуда алгоритми ташхиси беморон бо васеъшавии варидҳои коси хурд, принципҳои асосии муолиҷаи ин қабил беморон пешниҳод гардида, нишондод ба истифодаи усулҳои ҷудоғона мукамал гардидааст.

Муайян карда шудааст, ки истифодаи тадқиқоти ултрасадоӣ танҳо бо истифода аз санҷандаи трансабдоминалӣ муфидияти ташхисии бештар аз 60%, трансвагиналии ҷудоғона – 76% нишон медиҳад ва ҳангоми истифодаи муштаракӣ онҳо нишондоди муайянкунии варидҳои васеъшудаи коси хурд то 96% мебошад.

Самаранокии баланди истифодаи муштаракӣ буриши варидҳои васеъшудаи гонадӣ ва тазриқи маводҳои склерозӣ ба қисмати дисталӣ бо мақсади маҳкамкунии маҷрои варидҳои ба чашми ҷарроҳ ноаён муайян карда шудааст.

#### **Нуқтаҳои асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Аломатҳои клиникӣ васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд аз андозаи варидҳои коси хурд вобаста мебошад: чӣ андоза андоза калон бошад, ҳамон қадар аломатҳо баръало ва мухталиф мебошанд;
2. Истифодаи санҷандаи транвагиналӣ дар ҳамҷоягӣ бо транабдоминалӣ самаранокии ташхисии усули тадқиқотии ултрасадоии васеъшавии варикозии варидҳои коси хурдро бештар ва нуқсонӣ ин тадқиқот дар шакли ҷудоғона бартараф мегардад;
3. Новобасия аз маълумотнокии баланди усули флебографияи селективӣ истифодаи он бо назардошти гаронӣ маҳдуд мебошад;
4. Истифодаи муштаракӣ буриши варидҳои гонадӣ ва склерозии варидбофтаҳои тухмдон ва варидҳои параметрӣ басомади авориз ва пайдо шудани нуқсонҳои нохоҳол дар давраи дертари пас аз амалиёти ҷарроҳӣ комилан паст мегардонад.

**Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия.** Дар давоми 5 соли иҷроиши диссертатсияи мазкур (солҳои 2013 – 2018) аз шуруъ аз ҷамъ овардани маводи клиникӣ то ба итмом расидани рисода муаллиф шахсан амалиётҳои ҷарроҳиро ба нақша мегирифт, беморонро ба амалиёти ҷарроҳӣ омода менамуд, натиҷаҳоро омӯхта таҳлил ва хулосабарории маълумотҳои ба дастовардашударо амалӣ мегардонид. Муаллиф дорои қобилияти амалӣ намудани ҳамаи усулҳои дар диссертатсия дарҷёфта мебошад. Ҳамчунин, аз ҷониби ӯ банақшагирии ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ сурат мегирифт ва натиҷаҳо ба пуррагӣ ҳуҷҷатгузори карда мешуданд. Ӯ муаллиф ва ҳаммуаллифи ҷорӣ намудани ҳамаи такмилиоти техникӣ мебошад.

**Тасвиби диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.** Маводҳои асосии диссертатсия дар Конференсияи 64-уми солонаи илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бахшида ба 25- солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо ширкати олимони хориҷӣ (Душанбе, с.2016); Конференсияи илмӣ-амалӣ бо ширкати хориҷӣ “Масъалаҳои мубрами ҷарроҳии дилу рағҳо ва эндоваскулярӣ” (Душанбе, 2016); Анҷумани VI-уми акушер- гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, (Душанбе, 2016); Конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бахшида ба “Соли ҷавонон” “Саҳми ҷавонон дар рушди илми тиб” (Душанбе, 2017); Сессияи XXI-умини солонаи Маркази ҷарроҳии дилу рағҳои ба номи А.Н. Бакулеви ВТ Федератсияи Россия бо конференсияи умумироссиягии олимони ҷавон (Москва, 2017); Конференсияи 65-уми солонаи илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино «Тадқиқотҳои фундаменталӣ дар ҷаҳони муосир» (Душанбе, 2017); Конференсияи 66-уми илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бахшида «Мавқеи технологияи инноватсионӣ дар тибби муосир» (Душанбе 2018); Конференсияи XXXV-умини байналмилалӣ “Ҷорикунии технологияи муосир дар ҷарроҳии рағҳои хунгузар ва флебология» (Санкт-Петербург, 2019) баррасӣ гардидаанд.

**Ҷорикунии натиҷаи тадқиқот.** Маводҳои асосӣ ва пешниҳодот дар фаҳолияти шӯъбаи ҷарроҳии дилу рағҳои маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо ва ҷараёни таълими кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ҷорӣ ва мавриди истифода қарор гирифтаанд.

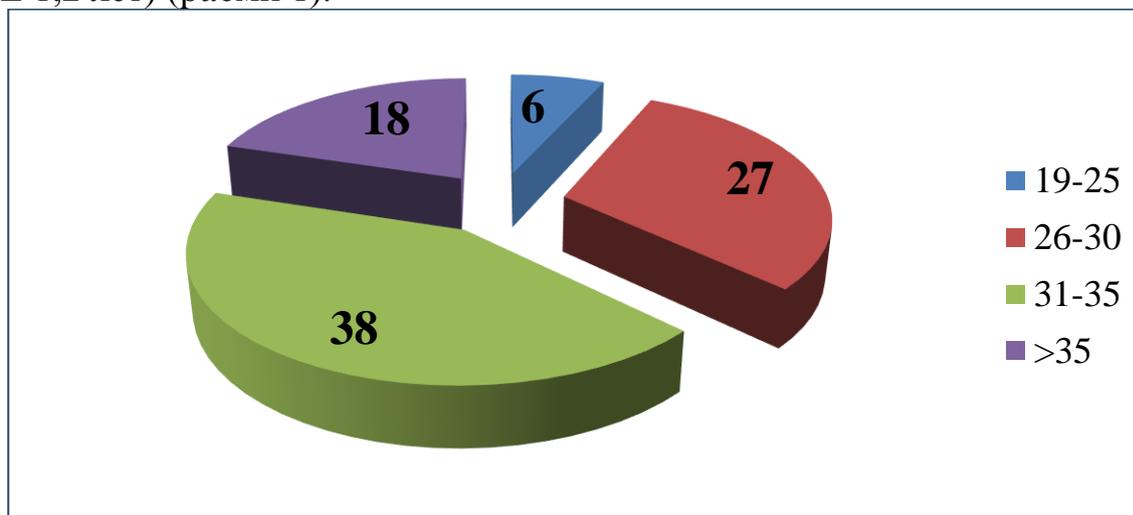
**Интишороти натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои асосии диссертатсияи илмӣ дар 14 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 3 таълифот дар нашрияҳои аз тарафи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои таъбу нашри диссертатсияҳои илмӣ тавсиягардида ба ҷоп расидаанд. Ҳамчунин 1 Шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ ба даст оварда шудааст.

**Соҳтор ва ҳаҷми ва диссертатсия.** Диссертатсия аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 5 боб, хулоса, тавсияҳои амалӣ, рӯйхати адабиёт аз 173 сарчашма, аз ҷумла 100 сарчашма бо забони русӣ ва 73

сарчашма ба забони хориҷӣ иборат мебошад. Матни диссертация дар 112 саҳифаи стандарти оварда шуда, аз 18 ҷадвал ва 22 расм иборат мебошад.

### МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар натиҷаи омӯзиш ва муолиҷаи 89 нафар беморон бо васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд, ки дар шӯбаи ҷарроҳии рағҳои хунгарди Маркази ҷумҳуриявии дилу рағҳо дар давраи солҳои 2013-2018 асоснок карда шудааст. Ҳамаи беморон ҷинси занона дар синну соли аз 19 то 45 сола буданд (синну соли миёнаи беморон  $29 \pm 1,2$  лет) (расми 1).



Расми 1. – Тақсимои беморон ба гуруҳҳои синну соли

Меъёри воридкунии беморон ташхиси аниққардашудаи васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд дар асоси бознигарии дуплексӣ дар ҳамҷоягӣ бо алоими дардҳои косӣ дар муддати зиёда аз 6 моҳ буд.

Меъёри хориҷкунӣ бемориҳои шадиди узвҳои коси хурд ва хуруҷи бемориҳои музмин бе ҷой доштани васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд тибқи нишондоди дуплекси сканерии ултрасадои буд.

Беморон асосан ба дарди доимӣ дар қисми поёнии шикам ки ҳангоми фаъолияти ҷисмонӣ афзуда, ба мавзеи тиҳигоҳ, рӯдаи рост ва андомҳои поёнӣ (дар муддати 6 моҳ ва бештар аз он), мегузарад, вазнинӣ ва нороҳатӣ дар қисми поёнии шикам ҳангоми фишори статикӣ ва ҷисмонӣ, диспареуния (дард ҳангоми алоқаи ҷинсӣ ва пас аз он), номурааттабии ҳайздароз ва дарднок гузаштани он, ихтилоли дизурикӣ, ки бо дард бо масонаи пурра зоҳир мешавад ва пас аз пешобкунӣ кам мешавад, эҳсоси ҳолӣ нашудани масона ва ва гоҳ-гоҳ ба намуди микро ва макрогематурия, мавҷудияти рағҳои варикозии чатан ва андомҳои таҳтонӣ, дард дар мушакҳои *gastrocnemius* ва варами пойҳо дар охири рӯзи корӣ ва пас аз фаъолияти ҷисмонӣ шикост мекарданд.

Азбаски ҳомиладорӣ яке аз омилҳои мусоидат ба рушди варикозии коси ба ҳисоб меравад, мо паритети занонро дар вақти табобат омӯхтем. Дар байни 89 зане, ки ба гурӯҳи омӯзишӣ дохил карда шудааст, ҳузури ҳомиладорӣ аз набудани пурраи ҳомиладорӣ дар анамнез то 8 ҳолат фарқ мекард. Шумораи миёнаи ҳомиладорӣ  $3,9 \pm 0,7$  буд. Шумораи таваллудҳои фаврӣ низ гуногун буданд, аз безуретӣ то 6 нафар дар анамнез. Шумораи миёнаи таваллудҳои мӯҳлатнок дар анамнез  $2,2 \pm 1,1$  буд. Дар ин ҳолат, шумораи исқоти ҳамл дар байни беморон хеле назаррас буд ва ба ҳисоби миёна  $1,4 \pm 0,9$  буд. Безуретӣ дар се нафар беморон, дар як ҳолат безуретии аввалин ва дар ду ҳолати дигар, безуретии дуввумин ба қайд гирифта шудааст.

Давомнокии беморӣ дар беморони гурӯҳи таҳқиқотӣ аз 1 то 10 солро ташкил медиҳад. Бо назардошти номуайян будани нишонаҳои клиникии варикозии коси хурд, беморон муддати дароз аз бемориҳои гуногуни илтиҳобӣ бо таъсири муваққатӣ табобат гирифтанд.

Дар байни бемориҳои ҳамрадиқ маъмулан дар 67 (75,2%) беморон варикозии андомҳои поёнӣ ва бемориҳои илтиҳобии бачадон ва замимаҳои он дар 36 (40,4%) беморон ба мушоҳида мерасиданд. Инчунин, як аломати дигари хоси варикозии коси хурд варикозии рағҳои зерипӯстии минтақаи гинеталий мебошад, ки дар адабиёт ин зуҳуротро шакли ғайримуқаррарии ВВВКХ меноманд. Дар таҳқиқоти мо, рағҳои васеъшудаи ғайримуқаррарӣ васеъшуда дар 42 бемор (47,1%) ба ҷайд гирифта шудаанд..

Барои арзёбии дараҷаи варикоз, мо таснифоти экографии А.Е. Волков ва ҳаммуаллифноро (2000) мафриди истифода қарор додем.

дараҷаи 1 - андозаи варид то 5 мм (ҳама гуна бофтаҳои варидии коси хурд);  
Роҳи мавшакли варидҳо;

дараҷаи 2 - андозаи варид то 6-10 мм; бо намуди умумии рағҳои варикоз, навъи парешон, васеъшавии рағҳои параметри ва бофтаҳои камони бачадон (бофтаҳои варидии аркуатӣ);

дараҷаи 3 - диаметри рағҳо > 10 мм бо навъи умумӣ ё навъи магистрاليи ҷойгиршавии параметралӣ.

### **Хусусияти усулҳои тадқиқот**

Барои ҳалли масъалаҳои дар тадқиқот гузошташуда, илова ба маълумоти клиникии анамнестикӣ ва ташҳиси гинекологӣ, усулҳои тадқиқоти дастгоҳӣ истифода шуданд: ташҳиси ултрасадоии ковокии шикам, ковокии пасисифокӣ ва коси хурд, дуплекси сканерии трансабдоменалӣ ва трансвагиналии варидҳои коси хурд, дуплекси сканерии варидҳои андомҳои поён ва флебографияи контрастӣ тибқи нишондод.

**Муоинаи гинекологӣ** дар якҷоягӣ бо гинекологҳо гузаронида шуд. Дар ҷараёни ин тадқиқот ба мавҷудияти рағҳои васеъшуда дар минтақаи чатан ва ҳолати луобпардаи гарданаки бачадон, мавҷуд будани васеъшавии варикозии варидҳои маҳбал ва гинеталий ва бемориҳои ҳамрадиқ диққати махсус дода шудааст.

**Ташхиси ултрасадои узвҳои коси хурд** дар ҳама беморон бо истифода аз санҷандаҳои трансабдоминалӣ ва трансвагиналӣ гузаронида шудааст. Муоинаи ултрасадоии трансабдоминалии узвҳои коси хурд аз тарафи табибони ташхиси функционалии муассисаҳои гуногуни ташхисӣ гузаронида шудааст. Ташхиси ултрасадо дар ҳолати уфуқии бемор, дар болои "масона пурра" гузаронида шуд. Ҳангоми ташхиси ултрасадоии узвҳои коси хурд мавҷудияти ташкилаҳои патологӣ, инчунин равандҳои илтиҳобӣ арзёбӣ карда шуданд. Ҳолати бачадон, замимаҳои он ва бандакҳо муфассал омӯхта шудаанд.

**Дуплекси сканерии трансвагиналии варидҳои коси хурд** бо истифода аз дастгоҳи "Сономед-500, Россия (2011), асосан дар речаи хокистарӣ бо басомади санҷандаи конвекси 6,5 МГц гузаронида шудааст. Ҳангоми тадқиқоти трансвагиналӣ андомҳои поёнӣ дар буғумҳои косу рон ва зону қат карда шуда, ба берун кушода шудаанд. Дар баробари ин, таҳқиқоти бачадон, замимаҳо барои ташхиси ҷой доштани ташкилаи патологӣ ва бемориҳои ҳамрадиф гузаронида шудааст.

**Дуплекси сканерии ултрасадои рағҳои коси хурд ва андомҳои поёнӣ**

Дуплекси сканерии трансабдоминалии варидҳои коси хурд бо истифода аз санҷандаи трансабдоминалӣ бо басомади 4-7 МГц, истеҳсоли ширкати "Mindray DC - 7" Чин, 2010 гузаронида шудааст. Дар ин ҳолат, аз назаргузаронии дуплекси ултрасадоии на танҳо варидҳои коси хурд, ҳамчунин варидҳои андомҳои таҳтонӣ гузаронида шудааст. Дуплекси сканерии трансабдоминалӣ дар ҳолати уфуқии бемор бо масонаи пур гузаронида шудааст. Дар рафти гузаронидани он ҳолати варидҳои ковоки поёнӣ, тигҳогоҳ, варидҳои гурдаҳо дар дарозӣ аз дарвозаи гурда то вариди ковоки поёнӣ баҳогузурӣ карда шудааст. Ин тадқиқот бо мақсади муайян кардани фишори эҳтимолии варид дар пинсети аорто-мезентерӣ гузаронида шудааст.

Бояд қайд кард, ки истифодаи усули дуплекси сканерии трансабдоминалӣ танҳо дар шахсони дорои конституцияи астеникӣ ва камтар буданиравғани зерӣ пӯст асоснок аст.

Ҳангоми гузаронидани дуплекси сканерии трансвагиналӣ ва трансабдоминалӣ ба ҳамаи беморон бо мақсади муайян кардани ҷой доштани рефлюкс дар рағҳои васеъшуда санҷиши Валсалва гузаронида шуданд. Пас аз муайянкунии вариди васеъшуда аз бемор хоҳиш карда мешуд, ки шикамашро кашиш диҳад ва ҳамзамон андозаи рефлюкс ба қайд гирифта мешуд. Суръати хаттии рағҳои параметрӣ бавосита, аз рӯи нишондоди гардиши хуни варид дар рағҳои тухмдон муайян карда шудааст. Бофтаҳои варидии тухмдон манбаи варидҳои гонадӣ мебошанд ва ошкор сохтани санҷиши Валсалва аз ҷараёни баръакси хун дар рағи гонадӣ шаҳодат медиҳад.

**Флебографияи контрастии косӣ** дар дастгоҳи ангиографӣ бо истифода аз маводҳои контрастии ғайриионии дорои йоди атомии на камтар

аз 300 мг дар 1 мл (Omnipaque 300.0 ва 350.0; Ultravist 370.0) бо иловаи маҳдули физиологӣ гузаронида шудааст.

Дар тадқиқоти воридшапай усули феморалӣ истифода шудааст. Бо ин усул, пас аз пунксияи варид катетерро vena cava inferior ва пас аз он ба варидаи гурдаи чап гузаронида шуда, рено-флебография гузаронида шуд. Пас аз он, катетер дар қисмати ибтидоии варидаи тухмдонҳои чап ҷойгир карда шуд. Дар марҳилаи дигар, контрасткунӣ муқоисагии минтақа гузаронида шуд. Пас аз он катетер ба vena cava inferior гузаронида шуда, ба туфайли он баҳодиҳии рағҳо бо тарриқи зарфҳо ба 12 миллилитр контраст гузаронида шудааст.

Флебография аз ҷониби мо бо нишондодҳои қатъӣ, дар ҳолатҳои баҳсангез пас аз гузаронидани ташҳиси ултрасадоӣ гузаронида шудааст. Маҳдудият дар гузаронидани ин усул, сарфи назар аз он, ки он дарвоқеъ "стандартӣ тиллоӣ" дар ташҳиси бемориҳои варидаӣ ба шумор меравад, бо назардошти маълумоти солҳои охир ҷиҳати таъсири манфии маҳлулҳои контрастӣ ба девори рағҳо вобаста мебошад.

**Баҳодиҳии шадидияти пурхунии варидаӣ то ва пас аз муолиҷа.** Бо мақсади баҳодиҳии натиҷаҳои табобат, бо роҳи муайян кардани шадидияти пурхунии варидаӣ миқёси ҳисобкунӣ бо истифода аз аломатҳои асосии клиникӣ БВВКХ пешниҳод карда шудааст. Вобаста аз мавҷудият ва шадидияти аломатҳои клиникӣ аз 0 то 2 ҳол гузошта мешуд (ҳар қадар аломатҳо зиёд бошанд, ҳамон қадар ҳолҳо баландтар мешаванд). Сипас, ҳамаи натиҷаҳо ҷамъбаст карда шуда, аз рӯи натиҷаи онҳо ҳулосабарорӣ карда мешавад. Тавре ки аз маълумоти ҷадвали 1 дида мешавад, миқдори максималии имконнокии номусоидифодаи ададии 8 мебошад.

**Ҷадвали 1. – Баҳодиҳии аломатҳои клиникӣ дар беморони БВВКХ**

Меъёрҳои баҳодиҳӣ	2 ҳол	1 ҳол	0 ҳол
Дард	баръало	кам	Нестанд
Вайроншавии ҳайзбинӣ	баръало	кам	Нестанд
Диспареуня	баръало	кам	Нестанд
Иллатҳои дизурикӣ	баръало	кам	Нестанд

*\*Эзоҳ: ҳамаи ҳолҳо то ва пас аз гузаронидани муолиҷа ҷамъбаст гардида, пас аз он бо роҳи ҳисобкунӣ фарқи натиҷаҳои рақамӣ ва зуҳуроти рақамии натиҷанокии муолиҷаи гузаронидашуда арзёбӣ мегардид.*

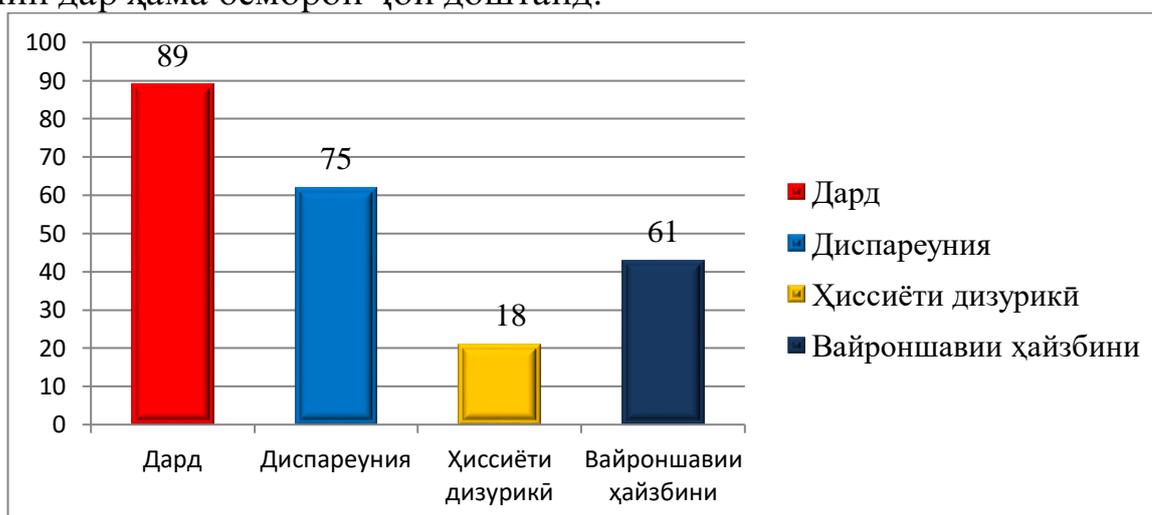
Ғайр аз он, барои арзёбии синдроми дард ҳамчун аломати барҷастаи варикозии пешниҳоди муаллифии майдонфактсияи миқёси сатандартии ҳиссиёти дардро тибқи саволномаи Мак Гил (соли 1987) истифода кардем. Ҳангоми омӯзиши минбаъдаи ин саволнома, татбиқи он дар шакле, ки онро Мак Гил дар беморони гирифтори варикозии рағҳои хурд пешниҳод кардааст, бинобар сермаълумотияш ғайриимкон гардид. Мо танҳо параметрҳои зерини баҳодиҳиро боқӣ гузоштем: шадидии дард, давомнокӣ, ногаҳонии пайдошавӣ, мунтазамӣ ва набз. Ҳолҳо тибқи пешниҳоди Мак Гил боқӣ монда, дараҷаи зоҳирӣ аз 1 то 3 ҳол арзёбӣ карда шуд.

### Коркарди оморӣ натиҷаҳо

Маълумоти бадастомада бо истифода аз барномаи оморӣ Statistica 6.0 коркард карда шуданд. Меъёри тақсимот бо меъёрҳои зерин муайян карда шуданд: Колмогоров-Смирнов / Лиллифорс ва Шапиро-Уилк. Маълумотҳои ба даст овардашуда ҳамчун медиана бо нишондодҳои 25 - 75 кватрил тавсиф карда шуданд ( $Me [25q-75q]$ ). Тафовути оморӣ дар гурӯҳҳо бо истифода аз озмоиши Вилкоксон арзёбӣ карда шуд. Тафовутҳо дар  $p < 0.05$  аҳамияти оморӣ доштанд.

### Зухуроти клиникӣ ва натиҷаҳои усулҳои таҳқиқоти инструменталӣ

**Аломатҳои клиникӣ.** Аломатҳои асосии клиникии БВВКХ дарди ғайрисиклии шадибияташ мухталиф буд. Тавре аз расми 2 бармеояд, дардҳои музмин дар ҳама беморон ҷой доштанд.



Расми 2. - Аломатҳои клиникии БВВКХ

Тавре ки аз ҷадвали 2 дида мешавад, арзёбии зухуроти клиникӣ дар миқёси ду ҳолӣ дорои 4 ҳол ҳолати ибтидоӣ вазнинро дар беморони гурӯҳи табобат нишон дод. Арзиши миёнаи ҷамъии нуқтаҳои пеш аз табобат дар маҷмӯъ  $6,8 \pm 0,2$  ҳол буд. Бо дарназардошти он, ки ҳолҳои ҳадди имконпазир 8 буданд, мо метавонем дар бораи тасвири ибтидоии клиникии беморони гурӯҳи мурочиатӣ бигӯем.

Ҷадвали 2. - Миқдори миёнаи ҳолҳо ( $M \pm m$ ) дар миқёси баҳодиҳии духолӣ дар беморони БВВКХ ( $n=89$ )

Аломатҳои клиникӣ	Ҷамъии ҳолҳо, $M \pm m$ $Me[25q-75q]$
Дард	$1,9 \pm 0,05$ $2,0[2,0-2,0]$
Дисменорея	$1,7 \pm 0,05$ $2,0[1,0-2,0]$
Диспареуня	$1,8 \pm 0,03$

	2,0[1,0-2,0]
Дизурия	1,4±0,05 2,0[1,0-2,0]
Ҳамагӣ	6,8±0,2 1,6[1,6-1,7]

Ҳамин тариқ, дард, ҳамчун аломати асосии клиникии варидҳои варикозии коси хурд арзиши бештарини клиникӣ ва ташхисӣ дорад. Бо назардошти ин, омӯзиши моҳият ва хусусиятҳои алоими дард, ки ба БВВКХ хос аст, барои ташхиси тафриқавӣ аҳамияти махсус дорад.

Натиҷаҳои пурсиши саволномаи беморон аз рӯи саволномаи муосиршудаи Мак Гилл дар ҷадвали 3 оварда шудаанд. Тавре ки аз ҷадвал дида мешавад, арзиши миёнаи нишондиҳандаҳои умумии дард 11,5 баллро ташкил дод, ки ҳадди имконпазири он 15 мебошад. Аз арзёбии нишонаҳои дард, метавон хулоса кард, ки ин аломат барои ташхиси тафриқавии беморони гирифтори дарди коси хурд аҳамияти миёнаи маълумотӣ дошта бошад.

### Ҷадвали 3. – Модернизатсияи миқёси баҳодиҳӣ бо МакГилл (n=89).

Зухурот	Ҷамъи ҳолҳо
Шадибият	2,6±0,4
Давонмноқӣ	2,4±0,6
Зухури ногаҳонӣ	2,2±0,5
Мунтазамӣ	2,3±0,7
Набз	2,0±0,7
Ҳамагӣ	11,5±2,9

Умуман, арзёбии субъективии маълумот тавассути мусоҳиба ва ворид кардани маълумоти бадастомада қисми таркибии арзёбии вазъи бемор мебошад. Тавре ки аз маълумоти дар боло овардашуда дида мешавад, аломатҳои клиникии рағҳои варақи коси хурд аз ҷиҳати вайронкунии фаъолияти соҳаҳои репродуктивӣ, ҷинсӣ дар таносуби дард фарқ мекунад. Аммо, сарфи назар бартарихҳои арзёбии субъективии вазъи бемор, ҳам барои ташхиси дуруст ва ҳам барои интиҳоби усули дурусти табобат, он бояд бо маълумоти усулҳои тадқиқотии асбобии иловагӣ пурра карда шавад.

## НАТИҶАИ ТАҲҚИҚОТ

Усули таҳқиқоти гинекологӣ барои муайянкунии ҷой доштан ё надоштани илтиҳоби узвҳои таносул, мавҷудияти всеъшавии варикозии варидҳои маҳбал ва сарҳади маълумотнок мебошад.

Ҳангоми гузаронидани сканеронидани дуплексии ултрасадоӣ дар мавзеҳои параметралӣ ва параовариалӣ, васеъшаии варикозии рағҳо ба намуди сегметҳои қачи рагии васеъшавии гуногун, ки ҳангоми таҳқиқот сустшавии ҷамрои хуни он муайян карда шуд. Ҳангоми гузаронидани озмоиши Валсалва аксаран дар беморони гирифтори васеъшавии варидҳои коси хурд ҷой мавҷудияти бозгашти баръакси хун дар рағҳои васеъшуда муайян карда мешуд. Бештар ҷойгиршавии дутарафаи раванди патологӣ дар варидҳои тухмдон дар 62 бемор (69,7%) ва дар 27 ҳолат (30,3%) ҷойгиршавӣ аз чап ба қайд гирифта шудааст, вале ҷойгиршавии ростиварилҳои васеъшудаи гонадӣ дар таҳқиқоти мазкур ба қайд гирифта нашудааст.

Маълумоти дар ҷадвали 4 оварда шуда дараҷаи баланди васеъшавии ҳам рағҳои параметри ва бофтаҳои варидии тухмдонҳоро дар гурӯҳҳои омӯзишӣ нишон медиҳад.

#### Ҷадвали 4. – Нишондоди гемодинамикаи системаи варидии коси хурд дар беморони БВВКХ (n=89)

Варид	Андоза (мм)			Нишондоди миёнаи рефлюкс ҳангоми гузаронидани озмоиши Валсальвы, дар см/сек		
	Рост	Чап	Р	Рост	Чап	Р
Варидҳои тухмдон	6,7±0,6	8,8±0,4	<0,05	17,2±0,3	18,6±0,9	<0,05
Варидҳои параметралӣ	5,1±0,5	6,2±0,7	<0,05	12,4±0,6	14,3±0,8	<0,05

Дар ҷараёни таҳқиқот, андозаи миёнаи варидҳои параметрӣ  $5,5 \pm 0,3$  мм андозаи миёнаи вариди гонадӣ аз рост  $6,7 \pm 0,6$  мм, аз чап  $8,8 \pm 0,4$  мм-ро ташкил дод, ки дар ин ҳолатҳо васеъшавии варидҳои тухмдони рост бартарӣ доштанд ( $p < 0,05$ ).

Маълумоти мазкур тасдиқи ивазнашавандагии усули сканеркунии дуплексии ултрасадоии рағҳои коси хурд ҷиҳати ошкор кардани васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд, инчунин муайян кардани мавҷудияти рефлюкси патологӣ дар ин рағҳо мебошад. Ин усули самаранок вақти зиёдро талаб намекунад ва алтернативаи арзишноки усулҳои ташхиси инвазивӣ ба шумор меравад.

Дар ҷараёни таҳқиқоти мо бо назардошти асоси натиҷаҳои пурсишномаи миқёси ду ҳолӣ шадидияти шикоятҳо ва натиҷаҳои дуплекси сканерии варидҳо вобастагии мустақими омӯрӣ байни вазнинии аломатҳо (дар баҳоҳиҳои ҳолӣ) ва андозаи варидҳои васеъшуда (зиёдшавии серхунии варид дар коси хурд) муайян гардидааст (ҷадвали 5).

#### Ҷадвали 5. - Баҳоҳиҳои серхунии варидии косӣ

Аломатҳои клиникӣ	Дараҷаи I	Дараҷаи II	Дараҷаи III
-------------------	-----------	------------	-------------

Дарди скосӣ	1,6 [0,9-2,0]	1,8 [1,1-2,3]	1,9 [1,2-2,7]
Диспареуния	1,0 [0,7-1,5]	1,7 [0,9-1,8]	1,9 [1,0-1,9]
Дисменорея	1,2 [0,6-1,7]	1,7 [1,0-1,7]	1,8 [0,7-1,5]
Дизурия	-	1,1 [0,9-1,1]	1,6 [0,9-1,6]
Чамъи холҳо Me [25q-75q]	3,8 [1,6-2,2]	6,3 [1,4-2,5]	7,2 [1,3-2,7]

Тавре аз ҷадвали 5 дида мешавад, зуҳуроти клиникӣ дар беморони дараҷаи II-III бештар ба назар мерасанд ва натиҷаи холҳо ба ифодаи максималии адад наздик буд.

Флебографияи рентгеноконтрастии косӣ ба 6 бемор гузаронида шудааст. Чунин нишондоди пасти истифодаи ин усул бо хусусиятҳои техникӣ шарҳ дода мешавад: арзиши баланд, мураккабии таҳқиқот, инвазивӣ, ҷой доштани аксуламал ба маводи контрастӣ дар баъзе шахсони алоҳида, инчунин (мувофиқи маълумоти охири) таъсири номатлуб ба девори рағҳо, ки баъзан норасоии варидро шадидтар карда метавонад. Дар флебография андозаи миёнаи рағҳои васеъшуда 9,6-10,3 мм буд, ки ин нисбат ба гурӯҳи умумӣ баландтар аст. Маълумотҳое, ки дар шаш бемор ба даст оварда шудаанд, каме фарқияти байни маълумоти дар ин беморон ба даст овардашуда ҳангоми дуплекси сканерии варидҳо ва флебографияи контрастии минбаъдари нишон медиҳанд.

Арзишҳои диаметри рағҳо, ки ҳангоми сканеркунии дуплекси ва флебография ба даст омадаанд, фарқи ҷиддӣ надоштанд, ки ин ба ҳулосае меояд, ки истифодаи усули ташхиси ғайринвазивӣ бештар аст. Флебография ба шумо имкон медиҳад, ки шаклҳои резапайкар, инчунин роҳҳои рефлюксро, ки дар ултрасадо дида намешаванд, муайян кунанд. Аммо, дар аксари ҳолатҳо, шаклҳои хушкро дар дохили амалиёт муайян кардан мумкин аст, аз ин рӯ, ин бартариро ба ҳамворкунии инвазивии ин усул нисбат додан мумкин нест.

### **Усулҳои муолиҷаи консервативӣ ва ҷарроҳӣ**

Беморон вобаста ба усули табобат ба се гурӯҳи клиникӣ тақсим карда шуданд.

Ба гурӯҳи I-уми клиникӣ 31 нафар (34,8%) беморон шомил буданд, ки бо усули консервативӣ табобат гирифтанд.

Ба гурӯҳи II-уми клиникӣ 24 нафар (27%) беморони гирифтори дараҷаи II ва III-юми варикоз дохил карда шуданд, ки табобати стандартии ҷарроҳиро бо бастании рағҳои гонадалӣ гузаронидаанд. Ин усул дар марҳилаҳои аввали таҳқиқот ба беморон гузаронида шудааст.

Гурӯҳи III аз 34 нафар (38,2%) беморони дорои дараҷаи II ва III-юми васеъшавии варикоз иборат буд. Ба беморони гурӯҳи сеюми клиникӣ бо мақсади нест кардани шоҳаҳои имконпазири иловагӣ, ки ҳангоми амалиёт муайян карда нашудаанд, резексияи рағҳои тухмдонро бо

склерооблитератсияи варидҳои васеъшудаи варидбофтаҳои тухмдон (ба тариқи интихобӣ) гузарониданд.

### **Таботати консервативӣ.**

Нишондодҳо барои таботати консервативии беморони гирифтори варикозии коси хурд:

- 1) рад намудани бемор амалиёти ҷарроҳиро;
- 2) дараҷаи I-уми васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд мувофиқи таснифи

А.Е. Волков ва ҳаммуаллифон (2000с).

Ҳангоми интихоби доруҳо ба ғуруҳи таботати консервативӣ принципи асосӣ "Таботати инфиродии ҳар як бемор" буд. Тавре ки дар боло қайд кардем, дар беморони ғуруҳи таҳқиқот басомади зиёди бемории ҳамрадифи гинекологӣ ба қайд гирифта шудааст. Таботати бемориҳои ҳамрадифи гинекологӣ дар ҳақорӣ бо гинекологҳои муассисаҳои гуногуни махсуси Душанбе амалӣ карда шудааст.

Дар ҷараёни таботати консервативии беморони гирифтори васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд мо ғуруҳҳои зерини доруҳоро истифода кардем: доруҳои флеботропӣ, доруҳои ғайристероидии зиддиинтихобӣ, витаминҳо, доруҳои барқароркунанда, антикоагулянтҳо, муолиҷаи компрессионӣ, машқҳои муолиҷавӣ ва доруҳои оромкунанда.

### **Таботати ҷарроҳӣ.**

Таботати ҷарроҳӣ аз резексияи рағҳои гонадӣ бо усули ретроперитоналӣ иборат буд. Аз ҷиҳати патогномӣ, ин тартиб бо он асоснок карда мешавад, ки маҳз тавассути ҳамин варидҳо ба тарафи муқобил партофтани хун аз системаи vena portae ба бофтаҳои варидӣ сурат мегирад. Нишондодҳои асосии гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ инҳо буданд:

- 1) бесамар будани таботати консервативӣ дар тӯли 6 моҳ аз оғози таботат;
- 2) дараҷаи II-III васеъшавии варикозии варидҳои коси хурдаз рӯи таснифи А.Е. Волков ва ҳаммуалифон (2000с).

### **Резексияи берунисифоқии варидҳои тухмдон бо усули анъанавӣ**

Резексияи берунисифоқии рағҳои тухмдон бо усули кушода, дар зери беҳисгардонии эндотрахеалӣ гузаронида шудааст. Буриш дар самти латералии устухони тиҳигоҳ 1,5-2.0 см. дарунтар ва поёнтар гузаронида шудааст. Буриши минималӣ, бо дарозии 6-8 см вобаста аз инкишофёбии ҷарбуи зери пӯсти бемор интихоб карда шудааст. Вобаста аз ҷойгиршавии беморӣ мо буриши дутарафа ё аз чап интихоб менамудем. Пас аз ҷудо кардани бофтаҳои мулоим рағҳо ҷудо карда шуданд. Вариди гонадӣ дар болои мушаки калони чорбанд ҷойгир буда, дар паҳлӯи он нои пешобгузар ва асаби рону таносул ҷойгир мебошад. Сеяки миёна ва поёнии вариди тухмдон дар ихотаи пай мушаки калони чорбанди ҷойгир мебошад. Ҷудокунии варид ба қадри имкон дар самти проксималӣ ва фосилаи то

бофтаҳои варидии гирди тухмдон бо бастании варидҳои ҳамроҳ ба амал оварда шудааст. Баъдан, буриши варид аз ҳарду тараф (бо буриши 8-10 см дарозӣ) бо бастании ҳарду нӯг гузаронида шудааст.

Бояд қайд кард, ки дар оғози таҳқиқот ба 24 бемор амалиёти ҷарроҳӣ танҳо дар варидҳои гонадӣ гузаронида шудааст. Баъдан мо усули нави муолиҷаи ҷарроҳии БВВКХ, ки бо буриши варидҳои тухмдон ва склерооблетиратсияи варидҳои васеъшудаи варикозии тухмдон асос ёфтааст, танҳо дар рағҳои ҷинсӣ даҳлат карданд, яъне. резексияи рағҳои гонадалӣ, баъдтар мо усули нави шуоъдиҳии ҷарроҳӣ, аз ҷумла резексияи рағҳои тухмдон бо параметрияро таҳия ва истифода намудем.

### **Резексияи бурунисифоқии рағҳои гонадӣ дар якҷоягӣ бо склероблитератсия**

Дар 34 ҳолат, дар марҳилаи ниҳоии амалиёт, пас аз резексияи рағҳои гонадӣ склеротерапияи варидҳои васеъшудаи гирди тухмдон бо истифода аз доруи "Этоксислерол" ё "Фибровейн" бо маҳлулкунӣ дар маҳлули физиологӣ то 1,5 - 2,0% вобаста аз андозаи варидҳо ба амал оварда шудааст. Бо ин нави муолиҷаи муштаракӣ ҷарроҳӣ, бо мақсади пешгирии инкишофи ретсидив дар варидҳое, ки бо сабаби мушкilotи техникӣ ва бастан ва буриданашон ғайриимкон аст, ҳамчунин, ҷой доштани варидҳои комуникантӣ, ки ба чашм ноаёнанд, маҳкамкунии интихобии онҳо анҷом дода мешавад.

Пас аз ҷарроҳӣ ба ҳамаи беморон як курси табобати барқарорсозӣ таъин карда аз қабилӣ: доруҳои флеботропӣ, доруҳои ғайри стероидии зиддиилтиҳобӣ, антикоагулянтҳо, маҳдуд кардани фаъолияти ҷисмонӣ дар муддати 3-6 моҳ, муолиҷаи комперсионӣ таъин карда мешавад.

Бояд қайд кард, ки аз 58 беморе, ки ҷарроҳӣ шудаанд, ба 50 бемор амалиётҳои иловагӣ ва муолиҷа гузаронида шуд: ба 29 (32,5%) нафар беморон флебэктомияи омехта аз андомҳои таҳтонӣ, бо васеъшавии варикозии паҳнғаштаи андомҳои таҳтонӣ склерозиронидани онҳо дар 8 (8,9%) нафар, ҳангоми васеъшавии варикозии намуди атипикӣ ба 28 (31,4%) нафара беморон склерозитсияи онҳо ва ба 9 нафар беморон минифлебэктомия дар ин минтақа гузаронида шудааст.

### **Натиҷаҳои табобати консервативӣ ва арзёбии самаранокии табобати ҷарроҳӣ**

Натиҷаҳо дар давраи февраль ва дарозмуддати пас аз усулҳои табобат, бо пур кардани саволномаҳо дар бораи баҳогузориҳои шикоятҳои асосӣ ва хусусиятҳои дард аз рӯи саволномаи Мак-Гилл, ки дар боло оварда шуданд, арзёбӣ карда шуданд. Рафъи зухуроти клиникаи рағҳои варикозии коси хурд пас аз муолиҷаи консервативӣ дар беморони дараҷаи I-уми рағҳои варикоз ба андозаи бештар мушоҳида карда шуд. Беморони дараҷаи II ва III-юми паҳншавӣ дар заминаи табобати консервативии гирифташуда муваққатан коҳиши синдроми дард доштанд.

Дар давраи дарозмуддат, давомнокии нишонаҳои клиникӣ дар 7 (25%) беморони гирифтори иллатҳои ҳамбастагии рағҳои чанин ва дохиликосӣ мушоҳида карда шуд. Ҳангоми сканеркунии дуплексӣ дар давраи наздик пас аз муолиҷаи консервативӣ, хурдшавии андозаи миёнаи рағҳоро дар беморони дараҷаи I-уми дилататсия ба қайд гирифта шудааст.

Дар давраи дарозмуддати пас аз муолиҷаи гирифташуда, дар баъзе ҳолатҳо васеъшавӣ рағҳо ҷой доштанд. Дар беморони дараҷаи дуввум ва сеюми васеъшавӣ ҳам дар давраи наздик ва ҳам дер камшавии назарраси андозаи рағҳои васеъшуда ба назар нарасидааст.

Дар давраи наздик, дар гурӯҳи 2-юми клиникӣ, 14 нафар (қариб 60,5%) беморон бартарафшавии дарди музмини кос ва дигар нишонаҳои серхунии варидӣ ба мушоҳида мерасиданд.

Дар давраи дарозмӯҳлати баъдиҷарроҳӣ нишонаҳои серхунии венагии коси хурд дар 7 бемор (29% беморон) боқӣ мондааст. Мувофиқи маълумоти сканеркунии дуплексӣ дар зиёда аз 60% беморон хурдшавии андозаи варидҳои тухмдон ва параметри мушоҳида шудааст, ки ин дар давраи пас аз ҷарроҳӣ аз кам шудани ҳаҷми хуни боқимонда дар коси хурд шаҳодат медиҳад. Бо вучуди ин, ҳам дар давраи наздик ва ҳам дар давраи дарозмуддат баъзе беморон пайдоиши аломатҳои дарди музмини косро ҳангоми фаъолияти ҷисмонӣ (ё ягон омили ташвишваре, ки гипертонияи венагиро ба вучуд меоранд) қайд намуданд.

Дар гурӯҳи сеюми клиникӣ, 30 (88,2%) беморон дар давраи наздики баъдиҷарроҳӣ сабукшавии нишонаҳои клиникаи БВВКХ доштанд. Ба андешаи мо, нигоҳ доштани клиникаи дарди косӣ дар 4 нафар (4,5%) беморони боқимонда, эҳтимолан хусусияти психогенӣ дорад, зеро дар онҳо мувофиқи натиҷаи ташхиси доплерии ултрасадо коҳиши серхунии варидҳои коси хурд ба мушоҳида мерасид. Дар давраи дарозмӯҳлати баъдиҷарроҳӣ 2 (2,2%) беморон клиникаи дарди коси худро нигоҳ доштанд. Натиҷаҳои гурӯҳи сеюми клиникӣ ҳам дар давраи наздики баъдиҷарроҳӣ ва ҳам дар давраҳои дарозмуддат дар байни ҳар се гурӯҳ назаррас буданд. Тазриқ намудани доруҳои склерозӣ серхунии коси хурдро комилан бартараф кард. Рағҳои нобудшудаи параметриум ва варидбофтаҳои тухмдон бо диаметри то 3 мм боқӣ монданд, ки дар онҳо рефлюкс ба қайд гирифта нашудааст.

Ҷадвали 6 натиҷаҳои пурсиши саволномаҳо дар бораи беморон оид ба тағир додани миқёси ҳассосияти дард пас аз табобат нишон медиҳад. Тафовути аз ҳама калон дар робита бо нишондиҳандаҳои хусусиятҳои дарди коси дар марҳилаҳои аввал дар беморони ҷарроҳии муштарак бо ворид кардани доруи склерозӣ ба варид мушоҳида карда шуд; дар беморони ин гурӯҳ нишондиҳандаи дард аз 12,5 то ба 1,6 ҳол коҳиш ёфт. Ҳамзамон, нишондиҳандаҳои беҳтаршавии зергурӯҳ бо резексияи ҷудогонаи варидҳои тухмдон ва табобати консервативӣ нишондиҳандаи нисбатан пасти омӯри доштанд.

**Чадвали 6. – Нишондиҳандаи чамъи холҳо (Me[25q-75q]) аз рӯи саволномаи тағирёфташудаи баҳодиҳии дарди Мак Гилл (1987) пас аз муолиҷа (n=89)**

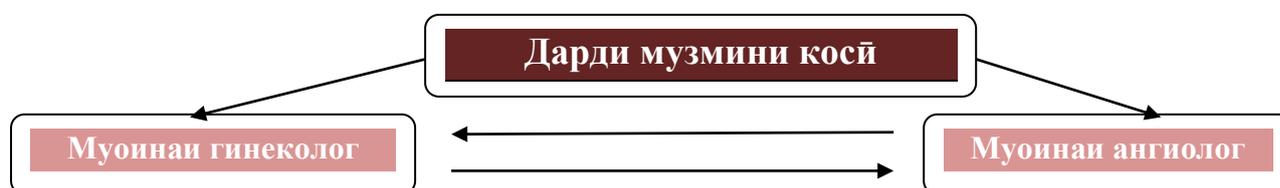
Гуруҳи клиник	То муолиҷа (чамъи холҳо)	Пас аз муолиҷа (чамъи холҳо)	Н-меъёр Краскел-Уоллис
I	9,9[1,4-2,9] p1<0,05 p2<0,001	4,7[1,5-2,4] p1<0,05 p2<0,001	<0,05
II	12,2[2,2-3,1] p1<0,05 p2<0,001	5,1[1,9-2,7] p1>0,05 p2<0,05	<0,05
III	12,5[2,5-3,4] p1<0,05 p2<0,001	1,6[1,1-2,0] p1>0,05 p2<0,05	<0,01

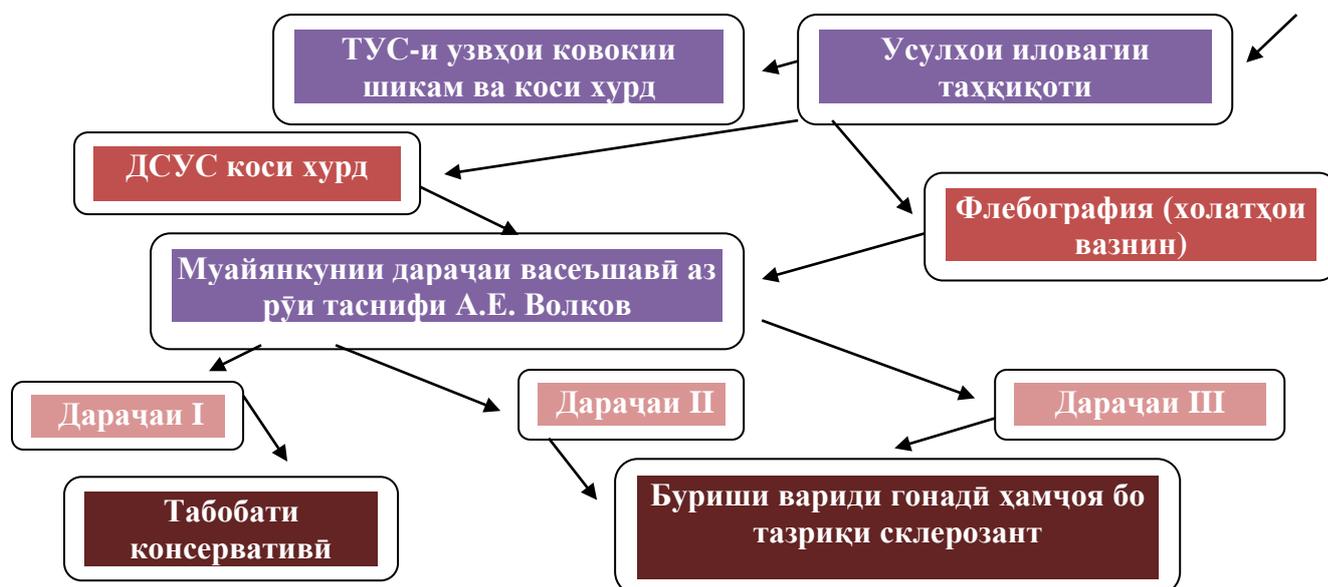
Эзоҳ: p1 – нишондоди омории фарқи нишондод дар таносуби гуруҳи I; p2 – нишондоди омории фарқи нишондод дар таносуби гуруҳи II (U-меъёр бо усули Манна-Уитни)

Ҳамин тариқ, ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки истифодаи усули муштарак дар беморони гирифтори шаклҳои вазнини БВВКХ мувофиқи мақсад мебошад. Афзалияти амали муштарак дар гуруҳи III дар он аст, ки рағҳои асосии васеъшудаи тухмдон ва рағҳои параметрӣ маҳкам шуда, ба ин васила гипертонияи варидӣ дар ин рағҳо дар марҳилаи наздик бартараф мегардад, ки ин бо резексияи ҷудогонаи рағҳои гонадӣ ба даст оварда намешавад. Дар айни замон, рағҳои васеъшуда, дар натиҷаи қатъ шудани маҷрои асосӣ то пайдо шудани коллатералҳои нав васеъ ва бо фишори баланд боқӣ мемонанд. Ин маълумот тавассути дуплекси сканери дар давраи наздики пас аз амалиёти ҷарроҳӣ тасдиқ карда шуд. Бояд қайд кард, ки ҳангоми склерозкунӣ тамоми рағҳои варидбофтаҳои тухмдонҳо нест намешаванд ва тавре ки дуплекси сканери дар давраи наздики ва дупи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ нишон медиҳад, шумораи онҳо кам мешавад, яъне маҷрои хориҷшавии хун аз тухмдон пурра маҳкам намешавад.

Маълумотҳои дар боло овардашуда зарурати такмили усулҳои муолиҷаи беморони гирифтори БВВКХ-ро аз ҷумла тавассути усулҳои дар боло тавсияшударо нишон медиҳанд. Тавре ки аз алгоритми дар ҷараёни кор таҳияшуда дида мешавад (расми 3), ҷузъи ҳатмии муолиҷаи муваффақ истисно намудани бемориҳои ҳамрадиқ, ки метавонад аломатҳои шабехро ба вучуд орад, ва баҳодиҳии ҳолати равонии беморон ҳанӯз дар марҳилаҳои аввали муолиҷа аст. Интихоби усули табобати БВВКХ бояд вобаста ба дараҷаи васеъшавӣ мувофиқи таснифоти пешниҳодшуда асос ёбад. Барои муайян кардани дараҷаи васеъшавӣ истифодаи усули ғайриинвазивӣ ва арзон будани дуплекси сканерии ултрасадоии варидҳо қобили қабул мебошад.

Тактикаи минбаъда дар диаграмма нишон дода шудааст.





Расми 3. Алгоритми муолиҷаи беморон бо дарди музмини косӣ

### Хулоса

#### Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Нишондиҳандаи барҷастаи клиникӣ БВВКХ дард буда, он хусусиятҳои хоси худро дорад ва имкон медиҳад, ки ин беморӣ аз дигар бемориҳо фарқ карда шавад: дардҳои шадид ва дарозмуддат бо шиддати набзи нисбатан сабук [7-М].
2. Сабабҳои асосии ташҳиси дер инҳо буданд: номуайянии аломатҳои клиникӣ, шабоҳат доштани нишонаҳо бо дигар бемориҳо: бемориҳои занона, урологӣ ва асаб, ки беморон муддати дароз онҳоро табибони дигар табобат мекунанд [1-М,3-М].
3. Истифодаи усулҳои таҳқиқоти дуплекси сканерии ултрасадоӣ усули алтернативӣ барои флебографияи контрастӣ мебошад ва истифодаи муштараки санҷандаҳои трансдомминалӣ ва трансвагиналӣ метавонад эҳтимолияти хатогии ташҳисиро комилан паст намояд [2-М, 4-М, 13-М].
4. Алгоритми таҳияшудаи ташҳис ва муолиҷаи беморони гирифтори БВВКХ хатогиҳои ташҳисиро кам карда, имкон медиҳад, ки тактикаи табобатро муайян намоед [5-М, 8-М].
5. Муолиҷаи консервативӣ барои беморони марҳилаи якуми БВВКХ бо нишонаҳои ночизи серхунии варидӣ бидуни рефлюкси возеҳи хун аз рағҳои тухмдон нишон дода шудааст. Дар ҳама ҳолатҳои дигар, муолиҷаи ҷарроҳӣ нишон дода шудааст [9-М, 10-М, 12-М].
6. Резексияи рағҳои гонадалӣ дар якҷоягӣ бо склеротерапияи варидҳои параметрӣ ва рағҳои варидбофтаҳои тухмдон нисбат ба дигар усулҳо бартарияти худро нишон доданд. Афзалияти ин усул дар он аст, ки варидҳои асосии васеъшудаи венагии тухмдон ва параметрия облетиратсия карда мешаванд, ин худ гипертонияи варидиро бартараф мекунад, ки ин ҳангоми резексияи ҷудоғонаи рағҳои гонадӣ мушоҳида

намешавад. Бояд қайд кард, ки ҳангоми маҳкамкунии маҷрои рағҳо (склерозикунӣ) тамоми рағҳои тухмдон нобуд намешаванд ва тавре сканеринодани дуплексӣ дар марҳилаҳои наздик ва дур нишон медиҳад, шумораи онҳо кам мешавад, яъне роҳи хоричшавии тухмдон маҳкам намешавад [5-М, 9-М].

### **Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо**

1. Истифодаи модификатсияи муаллифии усули баҳодиҳии шиддатнокии шикоятҳо, ҳамчунин баҳодиҳии хусусиятҳои дард аз рӯи саволномаи Мак-Гилл дар арзёбии вазъи бемор пеш аз табобат ва дар давраҳои минбаъда самаранок маҳсуб меёбад;
2. Дуплекси сканерии ултрасадои рағҳои коси хурд алтернативаи усулҳои инвазивӣ, аз ҷумла флебографияи контрастӣ мебошад;
3. Муолиҷаи консервативии занони гирифтори бемории БВВКХ бояд истифодаи доруҳои флеботоникии асосаш диосмин, инчунин доруҳои ғайри стероидии зиддиилтиҳобиро барои кам кардани дард, рағӣ илтиҳоб, ки аксар вақт бо ин беморӣ ҳамрадиф мебошад, дарбар гирад;
4. Истифодаи ҷарроҳии муштарак бо тазриқ намудани намудани маҳлулҳои склерозӣ ба варидҳои параметрӣ ва варидбофтаҳои тухмдон натиҷаҳои наздик ва дарозмуддати муолиҷаи беморонро ба таври назаррас беҳтар мекунад (Пешниҳоди рационализатори № 3670 / R721 аз 12.10.2019)

### **Феҳристи интишороти дарёфти дараҷаи илмӣ**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

- [1–М] Курбонова Н.Н. Возможности ультразвуковой диагностики при определении варикозной болезни малого таза / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, З.З. Умарова // Вестник Авиценны. – 2017. – № 3. – С. 382-386.
- [2–М] Нуридинзода Н.Н. Комбинированное лечение варкозного расширения вен малого таза, срамной области и нижних конечностей / Н.Н. Нуридинзода, Дж.Д. Султанов, Х.А. Чабборов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2019. – №4. – С. 59-65.
- [3–М] Курбонова Н.Н. Варикозная болезнь вен малого таза – проблема на стыке гинекологии и сосудистой хирургии (обзор литературы) / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, Р.М. Ятимова // Здравоохранение Таджикистана. – 2018. – №2. – С. 68-75.

#### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаи конференсияҳо нашршуда**

- [4–М] Курбонова Н.Н. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин репродуктивного возраста / Н.Н. Курбонова, М.Х. Курбанова // Материалы VI съезде акушеров и гинекологов Республики Таджикистан, 2016 года г. Душанбе. 2 Декабря 2016 . – С. 265-267.

[5–М] Курбонова Н.Н. Показания к выполнению хирургических вмешательств при варикозной болезни вен малого таза у женщин / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, У.М. Авгонов // Материал Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии». – Душанбе, 2016. – С. 82-83.

[6–М] Курбонова Н.Н. Первый опыт эндоваскулярного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов / Материал Научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости РТ. «Медицинская наука: достижения и перспективы» Сборник материалов конференции. 29 апреля 2016. – С. 183-184

[7–М] Курбонова Н.Н. Клинико-диагностические аспекты варикозной болезни вен малого таза / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан: «Проблемы теории и практики». 18 ноября 2016. – С. 209-211.

[8–М] Курбонова Н.Н. Интраоперационная склерооблитерация вен в лечение варикозной болезни вен малого таза / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов // Материалы научно-практической конференции молодых учённых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием, «Роль молодёжи в развитии медицинской науки» посвященной «Году молодёжи». 28 апреля 2017. – С. 117-118.

[9–М] Курбонова Н.Н. Тактика лечения больных с варикозным расширением вен малого таза в зависимости от степени расширения / Н.Н. Курбонова // Материал XXI ежегодной сессии национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России с всероссийской конференцией молодых ученых. – Москва, 2017. -С. 199.

[10–М] Курбонова Н.Н. Фармакологическое лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин / Н.Н. Курбонова, Дж.Д. Султанов, Н.Р. Курбанов, У.М. Авгонов // Сборник научных статей 65 годичной международной научно–практичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». Том 1. 2017, – С. 337-338.

[11–М] Курбонова Н.Н. Хирургическая тактика при окончательной остановке послеоперационных окушерских кровотечений / М.Р. Табаров, Д.М. Конунова, Н.Н. Курбонова// Сборник научных статей 65 годичной международной научно–практичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». Том 1. Ноябрь 2017. – С. 364-366.

[12–М] Нуридинзода Н.Н. Оценка результатов консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин / Н.Н. Нуридинзода, Дж.Д. Султанов, О. Солиев // Материал XXXV

Международной конференции «Внедрение высоких технологий в сосудистую хирургию и флебологию». – Санкт-Петербург, 2019. – С. 156.

[13–М] Нуридинзода Н.Н. Оптимизация диагностики больных с варикозной болезнью вен малого таза / Дж.Д. Султанов, Н.Н. Нуридинзода, А.А. Ворисов // Вестник комплекс здоровья Истиклол. – 2020. – № 1. – С. 36-40.

[14–М] Нуридинзода Н.Н. Сочетанное оперативное вмешательство при варикозной болезни вен малого таза и варикозной болезни нижних конечностей / Дж.Д. Султонов, Н.Н. Нуридинзода, А.А. Ворисов, Ф.Н. Ахмедова // Вестник комплекс здоровья Истиклол. – 2020. – № 2. – С. 50-54.

### Пешниҳодоти ратсионализаторӣ

2. Нуридинзода Н.Н. «Способ хирургического лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин». Н.Н. Нуридинзода, Дж.Д. Султонов. Удостоверение на рационализаторское предложение №3670/R721 - выданное ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». 12.10.2019г.

### Феҳристи ихтисораҳо

БИКХ	Бемориҳои илтиҳобии коси хурд
ВП	Варидҳои параметрия
ВВВКХ	Васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд
ВРВНК	Васеъшавии варикозии варидҳои андомҳои таҳтонӣ
КТФ	флебографияи контрастии косӣ
МЧИЧДРХ	Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард
АСВК	Алоими серхунии варидҳои косӣ
ДСУС	Бознигарии дуплексии сканерии ултрасадоӣ
ТУС	Ташҳиси ултрасадо
НМВ	Норасогии музмини варидӣ
ДМК	Дардҳои музмини косӣ
ВТ	Вариди тухмдон

## АННОТАЦИЯ

Нуридинзода Насима Нуридин

### «Оптимизация диагностики и сравнительные аспекты лечения варикозной болезни вен малого таза у женщин»

**Ключевые слова:** варикозное расширение вен малого таза, ультразвуковое сканирование, флебография, склерооблитерация вен малого таза.

**Цель исследования.** Улучшение диагностики и комплексного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин.

**Методы исследования и использованная аппаратура.** Проведено обследование и лечение 89 пациенток с варикозной болезнью вен малого таза. Все пациенты являлись лицами женского пола, в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст больных составил  $29 \pm 1,2$  лет). Среди обследованных были пациенты с заболеваниями органов репродуктивной системы и варикозной болезнью вен малого таза. фоне кандидоза лёгких, а также с острыми воспалительными и затяжными формами бронхолёгочной патологии. Всем больным кроме физикального осмотра было проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДА) вен малого таза и нижних конечностей. Контрастную флебографию выполняли по строгим показаниям в спорных случаях.

**Полученные результаты и их новизна.** На достаточном клиническом материале, включающем 89 больных, изучены клинические аспекты, разработан алгоритм диагностики и ведения больных, усовершенствован способ хирургического лечения женщин с варикозным расширением вен малого таза. На основании клинико-инструментальных методов исследования установлено связь между диаметром расширенных вен и степенью выраженности болевого синдрома. Модифицирована методика оценки интенсивности жалоб и характеристики тазовых болей по Мак-Гиллу, который показала себя эффективной с целью оценки состояния больной, как до проведения лечения, так и в последующие периоды. Разработан комбинированный способ хирургического лечения резекция гонадных вен и введение склерозирующих веществ в параметральные венозные сплетения и вены яичникового сплетения.

**Рекомендации по использованию.** Основные положения и разработки внедрены и используются в практике работы отделения сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии и в учебной работе кафедры хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Использование авторских модификаций методики оценки интенсивности жалоб, а также модификации оценки характеристик боли по Мак-Гиллу показали себя эффективным с целью оценки состояния больной, как до проведения лечения, так и в последующие периоды. Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов малого таза является достойной альтернативой инвазивным методикам, в том числе и контрастной флебографии. Консервативное лечение женщин с варикозным расширением вен малого таза должно включать в себя применение флеботонических препаратов на основе диосмина, а также нестероидные противовоспалительные препараты, для снижения болевого синдрома, а также устранения воспалительных явлений, часто сопутствующих данной патологии. Применение комбинированного хирургического вмешательства с введением склерозирующих веществ в параметральные и вены яичникового сплетения значительно улучшает как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения больных.

**Область применения.** Хирургия

## АННОТАТСИЯИ

Нуридинзода Насима Нуридин

### "Мукамалкунии ташхис ва ҷанбаҳои муқоисавии муолиҷаи бемории варикозии варидҳои коси хурд дар занон"

**Калидвожаҳо:** васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд, дуплекси ангеосканирии ултрасадои, флебография, склероблитератсияи рағҳои коси хурд.

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар кардани ташхис ва муолиҷаи мукаммали васеъшавии варидҳои коси хурд дар занон.

**Методи таҳқиқот ва истифодат таҷҳизот:** 89 нафар беморони гирифтори варикозии коси хурд муоина ва табобат карда шуданд. Ҳамаи беморон зан буданд, синну соли аз 19 то 45 соларо (синни миёнаи беморон  $29 \pm 1,2$  сол буд) ташкил меод. Дар байни ашхоси муоинагардида беморони гирифтори бемориҳои узвҳои системаи репродуктивӣ ва рағҳои варикозии коси хурд дар заминаи кандидози шуш, инчунин бо шаклҳои шадиди илтиҳобӣ ва дарозмуддати патологияи бронхопулмонӣ низ буданд. Ба ғайр аз муоинаи физикалӣ ба ҳамаи беморон бознигарии дуплексии сканирии ултрасадоии (ДСУ) варидҳои коси хурд ва андомҳои таҳтонӣ гузаронида шуданд. Флебографияи контрастӣ аз рӯи нишондодҳои қатъӣ дар ҳолатҳои баҳснок гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағони илмӣ.** Дар асоси маводи кофии клиникӣ, аз ҷумла 89 бемор, ҷанбаҳои клиникӣ омӯхта шуданд, алгоритми ташхис ва муолиҷаи беморон таҳия карда шуд ва усули табobati ҷарроҳии занони гирифтори васеъшавии варикозии варидҳои коси хурд такмил дода шуд. Дар асоси усулҳои тадқиқоти клиникӣ ва инструменталӣ вобастагии байни диаметри рағҳои васеъшуда вазнинии синдроми дард робита омӯхта шуд. Усули арзёбии шиддатнокии шикоятҳо ва хусусиятҳои дарди МакГилл модификатсия карда шуд. Ки он барои арзёбии вазъи бемор дар давраҳои пеш аз табобат ва дар давраҳои минбаъда самаранок мебошад. Усули муштараки муолиҷаи ҷарроҳии барои резексияи рағҳои гонадитазриқ кардани моддаҳои склерозӣ ба бофтаҳои варидӣ ва варидҳои тухмдон рушд карда шудааст.

**Тавсияҳо оид ба истифода.** Муқаррарот ва таҳияҳои асосӣ дар таҷрибаи шӯъбаи ҷарроҳии рағҳои хунгарди Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағ ва дар корҳои таълимии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ Ибни Сино ҷорӣ ва истифода шудаанд.

Истифодаи модификатсияи муаллифӣ методи баҳодиҳии шиддатнокии шикоятҳо ва модификатсияи баҳодиҳии хусусиятҳои дарди МакГилл дар арзёбии вазъи бемор дар давраҳои пеш аз муолиҷа ва давраҳои минбаъда самаранок буданд. Бознигарии дуплексии ултрасадоии рағҳои коси хурд ҳамчун алтернативаи арзишноки усулҳои инвазивӣ, аз ҷумла флебографияи контрастӣ мебошад. Муолиҷаи консервативии занони гирифтори бемории БВВКХ бояд истифодаи доруҳои флеботоникии асосаш диосмин, инчунин доруҳои ғайри стероидии зиддиилтиҳобиро барои кам кардани дард, рафъи илтиҳоб, ки аксар вақт бо ин беморӣ ҳамради мебошад, дарбар гирад. Истифодаи ҷарроҳии муштарак бо тазриқ намудани намудани маҳлулҳои склерозӣ ба варидҳои параметрӣ ва варидбофтаҳои тухмдон натиҷаҳои наздик ва дарозмуддати муолиҷаи беморонро ба таври назаррас беҳтар мекунад.

**Соҳаи истифодабарӣ.** Ҷарроҳӣ

## ABSTRACT

Nuridinzoda Nasima Nuridin

### “Optimization of diagnosis and comparative aspects of treatment of varicose veins in small pelvis in women”

**Keywords:** varicose veins of the small pelvis, ultrasonic angioscanning, phlebography, scleroobliteration of pelvis veins.

**The purpose of study.** Improvement of diagnostics and comprehensive treatment of varicose veins in women.

**Research methods and used technologies.** 89 patients with varicose disease of small pelvic veins were examined and treated. All patients were female, of the ages between 19 and 45 years (average age  $29 \pm 1.2$  years). Among those were patients with reproductive system diseases and varicose disease of small pelvic veins, on the background of candidiasis of the lungs, also with acute inflammatory and lingering forms of broncholmic pathology. In addition to a physical examination, all patients underwent ultrasound duplex angioscanning of the veins of the small pelvis and lower limbs. Contrasting phlebography was performed on strict evidence in disputed cases.

**Results and their novelty.** On a sufficient clinical material, including 89 patients, the clinical aspects have been studied, the algorithm of diagnosis and management of patients has been developed, and the method of surgical treatment of women with varicose veins of small pelvis has been improved. On the basis of clinical-instrumental research methods, a correlation has been established between the diameter of the dilated veins and the severity of the pain syndrome. The method of estimating the intensity of complaints and the characteristics of pelvic pain according to McGill has been modified, which proved effective in assessing the condition of the patient both before and after treatment. A combined method for surgical treatment of gonad vein resection and introduction of sclerosic substances into parametric venous plexus and ovarian plexus veins has been developed.

**Recommendation on the use.** The basic provisions and developments have been introduced and are being used in the practice of the vascular surgery department of the National Cardiac Science Centre of Vascular surgery and in the academic work of the Department of Surgical Diseases No. 2 of the Abuali Ibn Sino Tajik State Medical University. The use of author modifications to the methodology for assessing the severity of complaints, as well as modifications to the evaluation of the characteristics of pain by McGill, proved effective in assessing the patient's condition, both before and after treatment. Ultrasonic duplex scan of small pelvic vessels is a worthy alternative to invasive techniques, including contrast phlebography. Conservative treatment of women with varicose pelvic vein expansion should include the use of diosmin-based phlebotonic drugs, as well as non-steroidal anti-inflammatory drugs, to reduce pain syndrome, and to eliminate inflammatory events, often associated with this pathology. The use of combined surgery with the introduction of sclerosis substances into the parametric veins and ovarian plexus veins significantly improves both the immediate and the remote results of treatment.

**Field of application.** Surgery