



Рис. 3 МРТ позвоночника

выявлены: объемное образование с кольцевидным накоплением контраста размерами 7x8 мм; перифокально небольшая инфильтрация (рис. 3).

Дифференциальную диагностику проводили между новообразованием, рассеянным склерозом и туберкулезом позвоночника.

Анализ цереброспинальной жидкости не проведен из-за отказа больного. На основании полученных данных выставлен диагноз туберкулема спинного мозга. Противотуберкулезная терапия

не дала результатов из-за далеко зашедшего туберкулезного процесса. Пациент умер от туберкулеза. Патоанатомическое исследование подтвердило диагноз.

Заключение. У больного с хроническим распространенным туберкулезом легких вследствие отказа от лечения на фоне гематогенной диссеминации в легких присоединился туберкулез нервной системы – интрамедуллярная туберкулема с типичной неврологической симптоматикой.

Диагностирование поражения спинного мозга стало возможным благодаря применению магнитно-резонансной томографии с контрастированием, что свидетельствует об эффективности метода для прижизненного диагностирования туберкулемы спинного мозга.

Литература

1. Берестнева Р.Е. Клиническое течение и исходы туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС / Р.Е. Берестнева, О.Н. Суменкова // Сб. м-лов 1-й нац. конф. с междунар. участием «Нейроинфекции», 28–31 мая 2007 г. — М., 2007. — С. 7–10.
2. Берестнева Р.Е. The clinical course and outcomes of tuberculosis of the meninges and the central nervous system / R.E. Berestneva, O.N. Sumenkova // Proc. of the first 1st nat. conf. with the intern. participation «Neuroinfections», May 28–31, 2007. - М., 2007. - P. 7–10.
3. Кульчавеня Е. В. Клинико-эпидемиологические особенности современного туберкулеза

лёзного спондилита / Е.В. Кульчавеня // Туберкулез и болезни легких. — 2013. - № 1. — С. 41–45.

Kulchavenya E.V. Clinical and Epidemiological Features of Modern Tuberculous Spondylitis / E.V. Kulchavenya // Tuberculosis and Lung Diseases. - 2013. - № 1. - p. 41–45.

3. Советова Н.А. Туберкулезный спондилит у взрослых (клинико-лучевые проявления) / Н.А. Советова // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 2. — С. 10–14.

Sovetova N.A. Tuberculous spondylitis in adults (clinical and radiological manifestations) / N.A. Sovetova // Tuberculosis and lung diseases. - 2014. - № 2. - p. 10–14.

4. Смердин С.В. Возможности лучевой диагностики туберкулезного спондилита / С.В. Смердин // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 7. — С. 65–70.

Smerdin S.V. Possibilities of radiation diagnosis of tuberculous spondylitis / S.V. Smerdin // Tuberculosis and lung diseases. - 2014. - № 7. - P. 65–70.

5. Цинзерлинг В.А. Инфекционные поражения нервной системы: вопросы этиологии, патогенеза и диагностики: руководство для врачей / В.А. Цинзерлинг, М.Л. Чухловина. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005.

Zinzerling V. A. Infectious lesions of the nervous system: etiology, pathogenesis and diagnosis: a guide for physicians / V. A. Zinzerling, M. L. Chukhlovina. - SPb.: ELBI-SPb, 2005.

6. Шапкина Е.Ю. Этапная двигательная реабилитация детей с неврологическими осложнениями туберкулезного спондилита / Е. Ю. Шапкина, А.Ю. Мушкин, К.Н. Коваленко // Пробл. туберкулеза. — 1999. — № 3. — С. 27–30.

Shapkova E. Yu. Staged motor rehabilitation of children with neurological complications of tuberculous spondylitis / E. Yu. Shapkova, A. Yu. Mushkin, K.N. Kovalenko // Probl. tuberculosis. - 1999. - № 3. - P. 27–30.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Е.Г. Григорьев, А.В. Мельник, С.Е. Григорьев, А.В. Новожилов

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ВЫЗВАННОЙ ПЕРИМЕТРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ КОНГЕСТИЕЙ

DOI 10.25789/YMJ.2019.66.34

УДК 618.134

Представлено клиническое наблюдение хронической боли у пациентки с тазовой венозной конгестией. Комплексное лучевое исследование (доплерография, мультиспиральная компьютерная томография, ангиография) установило признаки полнокровия – нарушения оттока по левой гонадной вене. Суперселективная окклюзия дилатированного сосуда привела к выздоровлению: боли прекратились, нормализовалась половая функция.

Ключевые слова: венозная конгестия, хроническая тазовая боль, эндоваскулярная окклюзия.

A case report of chronic pain in a patient with pelvic venous congestion is presented for discussion. Complex radiation study (doppler ultrasound, multispiral computed tomography, angiography) diagnosed the signs of hyperemia - disorders in the drainage via the left gonadal vein. Superselective occlusion of the dilated vessel resulted in recovery: the pains discontinued, sexual function became normal.

Keywords: venous congestion, chronic pelvic pain, endovascular occlusion.

ГРИГОРЬЕВ Евгений Георгиевич – член-корр. РАН, д.м.н., проф., зав. кафедрой Иркутского ГМУ, науч. руковод. ИНЦХТ, egg@iokb.ru; ГБУЗ ИОКБ: **МЕЛЬНИК Алексей Викторович** – врач, egg@iokb.ru, **ГРИГОРЬЕВ Сергей Евгеньевич** – к.м.н., врач хирург, grigorievse@gmail.com, **НОВОЖИЛОВ Александр Владимирович** – к.м.н., зав отделением, novojilov_av@mail.ru.

Варикозная болезнь малого таза, или синдром тазовой конгестии – трудно диагностируемое патологическое состояние. Основными симптомами синдрома являются хроническая тазовая боль более 6 мес., не зависящая от менструального цикла, диспареуния и дисменорея [1, 6]. Впервые это состояние описал Richet в 1857 г. Причиной тазового полнокровия считается венозная почечная ги-

пертензия и клапанная несостоятельность левой овариальной вены [2, 4, 5]. В 4% наблюдений абдоминальной боли у девочек-подростков причиной является тазовая венозная гиперваскуляризация [2]. По данным А. Lechter (1999 г.), в США ежегодно выполняли 70000 гистерэктомий по поводу хронической тазовой боли, обусловленной недиагностированным варикозом вен малого таза. В настоящее время основным методом лечения тазового венозного полнокровия и хронической боли считаются вмешательства на гонадных венах с применением эндоваскулярных технологий. Рентгенохирургическая окклюзия гонадных вен сопровождается техническим успехом в 92-95% наблюдений, а ее клиническая эффективность колеблется от 40 до 82% [3, 7].

Клиническое наблюдение. В отделе портальной гипертензии Иркутской областной клинической больницы обратилась женщина 36 лет (двое детей) с жалобами на боль в гипогастральном области постоянного характера, усиливающуюся во время полового акта. Подобные боли периодически беспокоят с половозрелого возраста, после вторых родов приобрели постоянный характер. В связи с этим половая близость стала практически невозможной. Возникновение и усиление боли не связано с приемом пищи, физической нагрузкой, менструальным циклом и погодными изменениями. Явлений диспепсии нет. Многократные обращения в медицинские учреждения, в том числе гинекологические клиники, не дали результатов.

Объективный статус: строение тела правильное, нормостеническое, живот обычной формы, при пальпации болезненный в гипогастрии, перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание безболезненное, моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Стул в норме. Ректальное исследование: перианальная кожа не изменена. Тонус сфинктеров обычный. Передняя стенка прямой кишки с неотчетливым пролабированием, умеренно болезненна. При осмотре гинекологом острой патологии не выявлено. В общем анализе крови несколько повышено количество эритроцитов – $4,86 \times 10^{12}/л$, при этом имеется снижение гемоглобина крови до 110 г/л. Другие показатели в пределах референтных значений. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма – без особенностей.

По результатам МСКТ брюшной полости, выполненной амбулаторно, описаны следующие изменения: при-

знаки варикозного расширения вен малого таза, наличие артерио-венозных шунтов между левой гонадной веной и артериями левой почки (?). На скрининговом ультразвуковом исследовании брюшной полости патологических изменений не выявлено.

Проведено детальное инструментальное обследование. Дуплексное сканирование артерий почек – гемодинамических нарушений нет. Изменений диаметра и гемодинамических показателей брюшного отдела аорты не обнаружено. Ультразвуковое дуплексное сканирование верхней брыжеечной артерии: отходит от стенки аорты под острым углом, в проксимальном сегменте компримируя левую почечную вену, диаметр которой в месте сужения 1,8 мм. В преаортальном отделе левая почечная вена расширена до 1,0 см, отмечается сброс в левую гонадную вену, которая расширена до 0,8 см. Правая почечная вена обычного диаметра – 0,6 см, кровоток сохранен.

Нижняя полая вена во всех сегментах проходима. Общие и наружные подвздошные вены без изменений с обеих сторон. Отмечается варикозная трансформация вен таза: справа до 7,0 мм, извиты, кровоток лоцируется, спонтанный, снижен; слева до 8,0 мм, кровоток лоцируется, спонтанный, снижен.

Учитывая выявленные изменения венозного русла и клинические данные, выставлен диагноз: аорто-мезентериальная компрессия левой почечной вены. Варикозное расширение левой яичниковой вены. Варикозное расширение вен малого таза. Тазовое венозное полнокровие (синдром тазовой конгестии). Хроническая тазовая боль. Принято решение о проведении рентгенохирургического вмешательства с диагностической и лечебной целью.

Селективная реновазография (СРВГ) справа – патологии не выявлено, слева – почечная артерия без изменений. Отток венозной крови от левой почки осуществляется по почечной и дилатированной яичниковой венам. Последняя дренируется в варикозно измененную сеть тазовых вен (рис. 1). Далее контрастированная кровь поступает в нижнюю полую вену несколькими коллекторами. Выполнена ангиография левой почечной вены из венозного доступа. От ее проксимального отдела (ближе к воротам почки) берет начало варикозно измененная яичниковая вена (рис. 2).

Принято решение об эмболизации левой яичниковой вены. В ее проксимальный отдел позиционирован



Рис.1. Селективное контрастирование левой почечной артерии: ретроградное заполнение расширенной левой гонадной вены в венозную фазу

Amplatzer vascular plug 2 диаметром 8 мм. Контрольная СРВГ – сброс в яичниковую вену отсутствует. Контрольная ангиография из почечной вены (венозный доступ) – почечная вена сохранена, визуализируется культя яичниковой вены слева (рис.3).

Течение раннего послеоперационного периода без особенностей.

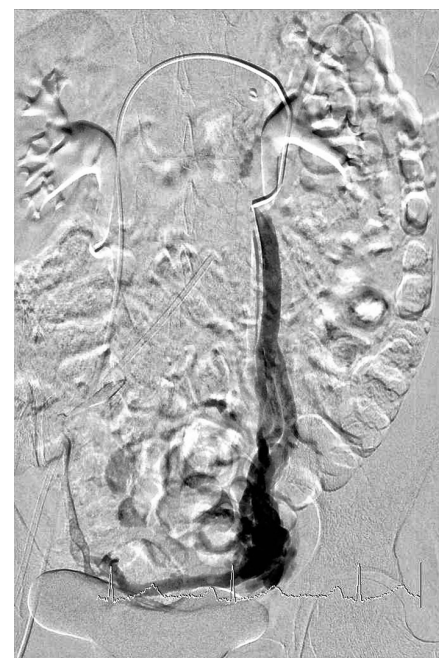


Рис.2. Селективное контрастирование левой почечной вены: заполнение яичниковой вены и варикозных сплетений малого таза



Рис.3. Селективное контрастирование левой почечной вены: окклюзия гонадного притока спиральной конструкцией (стрелка)

Осмотр пациентки через 24 ч после манипуляции, жалобы на умеренную боль в области пункционных ран на правом бедре. Боль в животе не беспокоит. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Выписана через 2

сут после манипуляции в удовлетворительном состоянии.

Осмотрена через 7 мес. Болей нет. Отношения с мужем комфортные.

Заключение. Таким образом, женщинам с синдромом хронической тазовой боли необходимо в обязательном порядке проводить комплексное ультразвуковое дуплексное исследование венозного русла малого таза с оценкой гемодинамических показателей. Ангиография венозного русла с материальной окклюзией патологического венозного шунта позволяет надежно и в короткие сроки купировать клинические проявления синдрома тазовой конгестии и боли.

Литература

1. Веззгова С.В. Использование эндоваскулярных методов для диагностики и лечения варикозной болезни малого таза / С.В. Веззгова, Е.Б. Троиц // Дальневосточный медицинский журнал. - 2016. - № 2. - С. 20-22.

Vezzgova S.V. The use of endovascular techniques for the diagnosis and treatment of varicose veins of small pelvis / S.V. Vezzgova, E.B. Troik // Dal'nevostochny meditsinskiy zhurnal. - 2016. - № 2. - P. 20-22.

2. Гарбузов Р.В. Хирургическое лечение при венозной конгестии таза при патологии гонадных вен у подростков / Р.В. Гарбузов, Ю.А. Поляев // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2012. - № 2. - С. 21-26.

Garbuzov R.V. Surgical treatment of pelvic venous congestion in the pathology of gonadal

veins in adolescents / R.V. Garbuzov, Yu.A. Polyayev // Rossiyskiy vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. - 2012. - № 2. - P. 21-26.

3. Оценка эффективности хирургических способов лечения тазового венозного полнокровия / А.И. Кириенко, С.Г. Гаврилова, А.М. Янина [и др.] // Флебология. - 2016. - № 1. - С. 44-49. doi: 10.17116/flebo201610144-49.

Evaluation of surgical methods efficacy in the treatment of pelvic venous plethora / A.I. Kiriienko, S.G. Gavrilova, A.M. Yanina [et al.] // Flebologiya. - 2016. - № 1. - P. 44-49. doi: 10.17116/flebo201610144-49.

4. Солодова А.А. Варикозное расширение овариальных вен – диагностика и лечение / А.А. Солодова, Н.В. Цветкова // SonoAce International. - 1999. - № 4. - С. 19-22.

Sokolova A.A. Ovarian varicose veins-diagnosis and treatment / A.A. Sokolova, N.V. Tsvetkova // SonoAce international. - 1999. - № 4. - P. 19-22.

5. García-Espinosa J. Left Ovarian Vein Drainage Variant: An Exceptional Cause of Pelvic Congestion Syndrome / J. García-Espinosa, A. Martínez-Martínez // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2018. - Vol. 5. - № 4. - P. 592. doi: 10.1016/j.ejvs.2018.01.002.

6. Pelvic Congestion Syndrome: Systematic Review of Treatment Success / C.L. Brown, M. Rizer, R. Alexander [et al.] // Semin. Intervent. Radiol. - 2018 - Vol. 35. - № 1. - P. 35-40. doi: 10.1055/s-0038-1636519.

7. Pelvic vein embolization of gonadal and internal iliac veins can be performed safely and with good technical results in an ambulatory vein clinic, under local anaesthetic alone: Results from two years' experience / M.S. Whiteley, C. Lewis-Shiell, S.I. Bishop [et al.] // Phlebology. - 2018. - Vol. 33. - № 8. - P. 575-579. doi: 10.1177/0268355517734952.

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, Т.В. Ялынская

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ УРГЕНТНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

DOI 10.25789/YMJ.2019.66.35

УДК 616.33.342-002.44-084

Целью исследования являлась оценка результатов хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой с учетом использования лапароскопического метода в условиях многопрофильного хирургического Центра (Республика Саха (Якутия)). Первый опыт лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы продемонстрировал перспективность метода, а также его высокую эффективность и безопасность. Внедрение метода позволило снизить количество послеоперационных осложнений в 1,7 раза и уменьшить длительность пребывания в многопрофильном хирургическом стационаре на 28,6%.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, лапароскопическое ушивание.

Северо-Восточный федеральный университет. М.К. Аммосова: **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** - д.м.н., доцент, проф., vvsaveliev@mail.ru, **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** - д.м.н., проф., зав. кафедрой, **ЯЛЫНСКАЯ Татьяна Вадимовна** - клинический ординатор.

The aim of the study was to evaluate the results of surgical treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcer, taking into account the use of the laparoscopic method in a multi-field surgical center of the Republic of Sakha (Yakutia). The first experience of laparoscopic suturing of perforated gastroduodenal ulcer demonstrated the promise of the method, as well as its high efficiency and safety. The introduction of the method allowed to reduce the number of postoperative complications by 1.7 times, and to reduce the length of stay in a multidisciplinary surgical hospital by 28.6%.

Keywords: perforated gastroduodenal ulcer, laparoscopic suturing.