

УДК 616.14-007.63; 611.1; 616-001;616-089.168.1

**З.О.Донаева**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА**

*Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ Республики Таджикистан*

*(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан Т.Г.Гульмурадовым 05.11.2013 г.)*

*В статье приведены современные способы диагностики и хирургического лечения варикозной болезни вен малого таза. Проведён сравнительный анализ методик и определены показания к тому или иному способу хирургического лечения.*

**Ключевые слова:** *варикоз вен малого таза – трансвагинальное дуплексное сканирование – резекция гонадных вен.*

Синдром хронических тазовых болей встречается у 10-25% женщин репродуктивного возраста [1-3]. Одной из наиболее частых причин является синдром тазового венозного полнокровия или венозного застоя, имеющий в англоязычной литературе устоявшееся название *pelvic congestion syndrome*. На сегодняшний день данная патология выделена в отдельную нозологическую форму и известна как варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ). Согласно общепринятому мнению, под термином варикозной болезни вен малого таза следует подразумевать расширение овариальных вен, вен гроздевидного сплетения (с одной или двух сторон), аркуатных вен и внутритазовых венозных сплетений [3,4]. Клинически, заболевание характеризуется пелвалгией, диспареунией, выраженным предменструальным синдромом, дисменореей, дизурией, болью и повышенной чувствительностью промежности и вульвы, промежностным варикозом, и, нередко – явлениями дизурии [5]. Вопросы лечения и вторичной профилактики ВБВМТ являются предметом оживлённых дискуссий, связанных с тем, что большинство исследователей обосновывают целесообразность лечебно-профилактических мероприятий высокой частотой болевого синдрома у женщин с данной патологией. Однако данные литературы и практический опыт показывают, что заболевание нередко протекает бессимптомно, являясь случайной находкой при ультразвуковом исследовании или оперативном вмешательстве [6-8]. Поэтому необходим более интегрированный подход к диагностике и хирургическому лечению ВБВМТ.

На сегодняшний день большинством исследователей признана большая значимость рефлюкса по гонадным венам в патогенезе тазовой флелогипертензии у женщин и разработан ряд методик по ликвидации венозно-венозного сброса по гонадным венам. Однако не все из них в силу различных причин могут быть использованы в клинической практике.

В связи с этим целью нашего исследования явилась оптимизация способов хирургического лечения ВБВМТ у женщин.

---

**Адрес для корреспонденции:** *Донаева Заррина Облокуловна. 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ РТ. E-mail: dr\_zarina@mail.ru*

### Методы исследования

В основу исследования положены материалы клинического наблюдения 18 пациенток, получивших хирургическое лечение в отделении хирургии сосудов ГУ Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ РТ за период с марта по февраль 2013 г. Возраст женщин составил от 19 до 42 лет. Среднее количество родов от 1 до 3. В подавляющем большинстве случаев симптомы заболевания проявились после второй беременности. При обращении больные предъявляли следующие жалобы: хроническая боль (пелвалгия) и тяжесть в малом тазу (97.1%), обильные выделения из половых путей (48%), диспареуния (15.6%), межменструальные маточные кровотечения (4%), дизурия (1.1%).

У 2 пациенток (11.1%) отмечался тазовый варикоз без манифестации венозной эктазии в промежностной области.

С промежностным варикозом обратилось 16 пациенток (88.9%), при этом у 7 из них (43.8%) вульварный варикоз сочетался с варикозным расширением вен тазового сплетения. По поводу варикозного расширения вен нижних конечностей ранее было прооперировано 4 пациентки (22.2%), при этом тазовый варикоз у них ранее не был диагностирован.

В подавляющем большинстве случаев (12 пациенток) больные были направлены после ультразвуковой диагностики и специалистами женских консультаций; в 6-ти случаях имело место самообращение (при манифестной, вульварной форме ВБВМТ).

Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречались хронические воспалительные заболевания половых путей: вульвовагинит (70.3%), кольпит (40.3%), аднексит (68%). До обращения все женщины неоднократно получали консервативную терапию у гинекологов, однако либо эффект от проводимой терапии был коротким, либо никакого положительного результата от проводимой терапии не наблюдали.

Клиническое обследование проводилось в два этапа.

На первом, дооперационном этапе, проводился детальный анализ жалоб пациенток и факторов, вызывающих тазовые боли и физикальное обследование.

Второй этап включал в себя лабораторно-инструментальное исследование, включая кольпоскопию и ультразвуковое обследование. Последнее проводили в стандартных режимах, используя трансвагинальную и/или чрезнабдоминальную методики.

На основании клинико-лабораторных данных больные были подразделены на две группы: в 1-ую группу (15 пациенток) включены больные с выраженным промежностным варикозом и умеренно выраженными клиническими проявлениями (тазовые боли непродолжительные, интенсивность их умеренна; выделения из половых путей носят невыраженный характер, при этом присоединения вторичной интеркуррентной инфекции на фоне тазовой флебогипертензии не чаще 2-3 раз в год; болезненность при половом контакте либо отсутствует, либо возникает периодически). При дуплексном сканировании (ДС) выраженность варикозного расширения сосудов определяли по классификации, рекомендованной А.Е.Волковым и соавт. (2000), согласно которой венозные эктазии определялись как 1-2 степени расширения. Измененные сосуды лоцировались в виде многочисленных конгломератов и лакун со слабым кровотоком. Достоверная верификация венозного кровотока проводилась бла-

годаря использованию пробы Вальсальвы, либо форсировании дыхания, при которой отмечался ретроградный кровоток по гонадным венам, что свидетельствовало об их клапанной недостаточности, являющейся одной из основных причин развития синдрома тазового венозного полнокровия [3,8,9].

Во вторую группу (3 пациентки) включены больные с выраженными клиническими симптомами: лекарственноустойчивая пеллалгия и диспареуния; диаметр яичниковых вен и вен параметральной локализации свыше 13 мм (3-я ст. расширения, по А.Е.Волкову и соавт.).

С учётом клинической симптоматики и данных инструментально-ультразвуковой диагностики, больным предварительно в течение 1-2 месяцев амбулаторно проводили консервативную терапию, в составе: венотоники (троксевазин, детралекс или флебодиа-600), препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал). С целью снятия болевой симптоматики короткими курсами назначались гестагенсодержащие оральные контрацептивы (мини-пили, типа дезогестрел 0.075 мг (чарозетта), или микронор). По показаниям, с учётом влагалищного посева, за 10-14 дней до хирургического лечения проводили селективную деконтаминацию.

Резистентность к консервативной терапии служила показанием к хирургическому лечению.

В зависимости от выраженности клинических проявлений и данных трансвагинального дуплексного сканирования, 15 больным (83,3%) с промежностным варикозом и умеренно выраженной эктазией тазовых вен (1-2 ст. по А.Е.Волкову и соавт., 2000) была выполнена флебэктомия из промежности. Вариксы из промежности удалены через дугообразный разрез по переходной складке больших половых губ. В 6 случаях (33,3%), при сочетании промежностного варикоза с гипертрофией больших половых губ произведена одновременная пластика с иссечением избытка мягких тканей.

В 3 случаях (16,7%) произведено вмешательство на яичниковых венах. Показанием к вмешательству была эктазия вен свыше 15 мм (3 ст. по А.Е.Волкову) и выраженный рефлюкс по гонадным венам. В 2-х случаях (11,1%) произведена резекция обеих гонадных вен из забрюшинного доступа. При этом одной пациентке резекция гонадных вен была выполнена поэтапно. Первоначально резецирована правая гонадная вена с выраженной дилатацией (свыше 18 мм). Через 2 мес после операции при контрольном ДС отмечена прогрессирующая эктазия слева (диаметр свыше 22 мм, по сравнению с предыдущим расширением до 12 мм). Учитывая сохранность болей в послеоперационном периоде, больной произведена резекция гонадной вены слева.

В 1 случае (0,6%) больной произведена рентгенэндоваскулярная окклюзия гонадных вен путём пункционной катетеризации правой бедренной вены. Эффективность процедуры достигалась тем, что флебосклерозирующий препарат (этоксисклерол 3%-4 мл) вводился в вену в состоянии микродисперсной пены. На область пункции бедренной вены накладывали умеренно давящую повязку на 6 часов.

### Результаты и их обсуждение

Основываясь на результатах ДС удалось установить рассыпной тип венозной дилатации параметральных вен и вен яичникового сплетения, при этом эктазия располагалась чаще справа. Такая локализация объяснима особенностью анатомо-топографического взаимоотношения сосудов таза и мочеточников. Вена правого яичника проходит спереди от правого мочеточника на уровне S1, почти перпендикулярно ему в едином соединительнотканном влагалище, испытывая периодическую ком-

прессию: имеет более короткий, чем слева ствол, впадающий в каудальную часть нижней полой вены. Правый яичник является функционально доминирующим, следовательно, более активно, чем левый яичник, снабжается кровью, что благоприятствует развитию варикозной эктазии вен справа. Результаты нашего исследования подтверждают многочисленные исследования, проведённые различными авторами в различное время [3,4,8,10,11].

Каких-либо специфических осложнений после хирургического лечения нами не отмечено. У одной пациентки (5.5%) после флебэктомии из промежности в сочетании с иссечением гипертрофированной большой половой губы, в раннем послеоперационном периоде отмечалась незначительная гематома, которую удалось нивелировать путём симптоматической местной терапии. Данное осложнение возникло как следствие отсутствия адекватной послеоперационной компрессии. В связи с этим мы полагаем необходимым условием для выполнения данного вмешательства ношение адекватного эластического трикотажа.

При вмешательствах на гонадных венах в раннем послеоперационном периоде осложнений также не отмечено. Состояние венозной гемодинамики в послеоперационном периоде изучалось с помощью ДС в сроках от 6 мес. до 1 года. После резекции гонадных вен из забрюшинного доступа во всех случаях достигнуты удовлетворительные результаты. Исчезновение болей больные отмечали на 3-5 сутки послеоперационного периода. В случае после флебосклерооблитерации тазовых вен у одной пациентки (5.5%), через 6 мес после вмешательства при контрольном ДС обнаружена частичная реканализация склерозированной вены. Однако субъективно отмечено снижение болей и нивелирование диспареунии. Как отмечает сама пациентка, после проведенного лечения в значительной степени возросла самооценка, что отразилось не только на качестве жизни, но и способствовало социальной адаптации.

На наш взгляд, недостаточная облитерация варикозных вен в париетальной венозной системе таза была обусловлена наличием высоко интенсивных вено-венозных рефлюксов по внутренней срамной вене, которая является одним из притоков внутренней подвздошной вены [12], а прямые вмешательства на внутренней подвздошной вене сложны и травматичны, вследствие чего неприемлемы. В связи с этим рентгенэндоваскулярная флебосклерооблитерация гонадных вен при ВРБВМТ, несомненно, должна занять свою нишу в комплексном лечении данной венозной патологии.

Таким образом, хирургические и эндоваскулярные методы лечения являются высокоэффективным способом лечения варикозной болезни вен малого таза.

При идиопатическом расширении яичниковых вен, предпочтение следует отдавать эндоваскулярным вмешательствам, учитывая их низкую инвазивность и косметичность.

Необходимо добавить, что именно дифференцированный подход к лечению при различных формах ВРБВМТ позволяет эффективно применять консервативные или оперативные методы лечения, что особенно важно при ранней диагностике и профилактике данной патологии у женщин.

*Поступило 05.11.2013 г.*

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Mathias S.D., Kuppermann M., Liberman R.F. et al. – Obstet. Gynecol., 1996, v.87, pp.321-327.
2. Zondervan K.T., Yudkin P.L., Vessey M.P. et al. – Br. J. Gen. Pract., 2001, v.51, pp.541-547.
3. Бредихин Р.А., Игнатъев И.М., Фомина Е.Е. и др. – Ангиол. и сосуд.хирур., 2012, т.18, №1, с.63-69.
4. Гаврилов С.Г. – Флебология, 2007, т.1, №1, с.48-54.
5. Hobbs J.T. – Int. J. Clin. Pract., 2005, v.59, pp. 1195-1203.
6. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю. и др. – СПб., 2000, 144 с.
7. Ющенко А.Н. – Новости медицины и фармации, 2005, т.9, №169, с.14-16.
8. Шибельгут Н.М., Захаров И.С., Мозес В.Г. и др. – Ангиол. и сосуд. хирур., 2010, т.16, № 2, с.50-53.
9. Beard R.W., Reginald P.V. – Brit. Med. J., 1986, v.293, №6555, pp.1160-1162.
10. Омарова Х.М. – Ангиол. и сосуд. хирур., 2007, т.13, №3, с.68-71.
11. Vergan J.J. – Vasc. surgery, 1997, v.31, №2, pp.256-261.
12. Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Родионов О.А. и др. – Ангиол. и сосуд. хирур., 2004, т.10, №1, с.101-105.

**З.О.Донаева**

## УСУЛҲОИ ҶАРРОҲИИ БЕМОРИИ ВАРИКОЗИИ ВАРИДҲОИ КОСИ ХУРД

*Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард*

*Вазорати тандарусти Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Дар мақолаи мазкур усулҳои муосири таҳқиқ ва табобати бемории варикозии варидҳои коси хурд оварда шудаанд. Таҳлили муқоисавии усулҳои мавҷуда гузаронида шуда, нишондодҳо барои ин ё он усули ҷарроҳӣ муайян карда шудааст.

**Калимаҳои калиди:** *варикози варидҳои коси хурд – дуплекси трансвагиналӣ – резексияи варидҳои гонадӣ.*

**Z.O.Donaeva**

## THE SURGICAL TREATMENT OF SMALL PELVIC VARICOSE VEINS

*Republican Scientific Center of Cardio-Vascular Surgery*

*Ministry of Health of the Republik of Tajikistan*

The paper held contemporary approach of diagnostic and surgical treatment of small pelvic varicose veins (SPVV). There are also presented comparative analysis of methods and had defined indication of one or another approach of surgical treatment.

**Key words:** *small pelvic varicose veins – transvaginal duplex scanning – resection of ovarian veins.*