

И.В. Шуликовская

**ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)***Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)*

Варикозное расширение вен таза — заболевание, частота которого еще неясна современной медицине, но существование которого неоспоримо. Многие проблемы у женщин связаны именно с этой патологией, но в силу отсутствия полноценной диагностики и необходимых врачебных знаний, имеется неудовлетворенность в достижении лечебного результата данной категории женщин.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен малого таза, диагностика, лечение

TREATMENT OF SMALL PELVIS VARICOSIS IN WOMEN (LITERATURE REVIEW)

I.V. Shulikovskaya

Scientific Centre of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Irkutsk

Small pelvis varicosis is a disorder the frequency of which is not yet clear to modern medicine, but its existence is unquestionable. Many problems in women's lives are connected with this pathology, but lack of developed diagnostics and necessary information about the disease make the women of this category dissatisfied with the achieved results of treatment.

Key words: small pelvis varicosis, diagnostics, treatment

Женщина с хронической болью в нижней части живота — частый, сложный и, как правило, конфликтный пациент, с которым сталкиваются врачи многих специальностей. Причины так называемых хронических тазовых болей многочисленны, и одно из ведущих мест среди них занимает варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ). Заболевание встречается во все основные возрастно-биологические периоды жизни женщины и отличается прогрессивным течением. Особенно важно отметить, что ВБВМТ не ограничивается только акушерством и гинекологией, это междисциплинарная проблема, так как такие пациенты часто ходят по кругу между гинекологом, урологом, хирургом, гастроэнтерологом и невропатологом. Таким образом, знание клиники, оптимального алгоритма диагностики и методов лечения заболевания необходимо широкому кругу практических врачей [9, 11, 12, 26, 27, 30].

В настоящей публикации хотелось бы остановиться подробнее на вопросах лечения ВБВМТ. Однако без некоторых аспектов клиники и диагностики это достаточно сложно.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

Варикозная болезнь вен малого таза не имеет четких клинических проявлений. Но наиболее частыми жалобами служат:

- чувство тяжести и боли в малом тазе (пеллалгии), возникающие при длительных статических нагрузках, перегревании или тяжелой физической работе;
- боль во время полового акта (диспареуния), приводящая к вагинизму и боязни полового сношения;
- выраженный предменструальный синдром;
- дисменорея;

- боль и повышенная чувствительность в области промежности и вульвы.

Примерно у половины пациентов обнаруживают варикозное расширение вен промежности, ягодичной области и задненаружной поверхности бедра. В ряде случаев отмечают дизурические расстройства, связанные с полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря. Однако хотелось бы отметить, что бывает и бессимптомное течение заболевания. Невозможность вести привычный образ жизни, конфликты в семье, обусловленные нарушением сексуальных отношений, приводят к серьезному ухудшению психосоматического состояния больных женщин. С другой стороны, отсутствие четкой патогномичной симптоматики ставит врача в тупик, особенно если при традиционных методах обследования какую-либо патологию органов малого таза выявить не удается. В таких ситуациях многообразие жалоб списывают за счет психоневрологических нарушений, а пациенток направляют на лечение к психиатру или сексопатологу [1, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 22, 27].

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Ультрасонография является оптимальным методом амбулаторного обследования больных с подозрением на варикозную болезнь вен малого таза. Обычно сочетают чрезнабдоминальное и трансвагинальное исследование. Варикозно-расширенные вены малого таза визуализируют в виде многочисленных конгломератов и лакун со слабым разнонаправленным кровотоком. В режиме цветового кодирования получаемое изображение представляет собой разноцветные пятна неправильной формы. Это так называемый симптом озер. Лапароскопическое исследование проводят для дифференциальной диагностики и выявления

вероятной интеркуррентной патологии. Варикозные вены малого таза обнаруживают в области яичников, по ходу круглой и широкой связок матки в виде обширных синюшных конгломератов с истонченной и напряженной стенкой. Селективная овариография служит наиболее объективным методом диагностики. Ее выполняют путем ретроградного контрастирования гонадных вен после их селективной катетеризации через контралатеральную бедренную или подключичную вену. Компьютерную томографию (КТ) используют в случаях, требующих уточненной диагностики и, прежде всего, для исключения другой патологии органов малого таза. КТ позволяет обнаружить конгломераты варикозных вен в широкой связке и вокруг матки, а также в яичниках. При усилении сигнала удается отчетливо визуализировать извитые, неравномерно расширенные гонадные вены [3, 5, 14, 15, 19, 29].

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ВБВМТ полностью зависит от формы и характера течения заболевания. Только суммируя клинические данные и результаты инструментального обследования каждой пациентки принимается решение об использовании того или иного лечебного способа.

Асимптомный вариант течения ВБВМТ предполагает систематический прием флеботропных препаратов, коррекцию режима труда и отдыха, соблюдение диеты, выполнение специальных гимнастических упражнений. Наблюдение у флеболога и гинеколога, ультразвуковой и лабораторный мониторинг необходимы для своевременного адекватного лечения в случае развития клинических проявлений заболевания или нарушений репродуктивной функции женщины.

Варикозная трансформация вен наружных половых органов и других нетипичных локализаций без симптомов заболевания, особенно при сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей служит показанием к выполнению хирургического вмешательства, в ходе которого производят удаление подкожных варикозных вен традиционным способом или с использованием техники микрофлебэктомии.

Оправданным будет применение склерооблитерации этих вен при отсутствии явных сообщений таковых с венами малого таза по результатам инструментального обследования. Особенностью оперативного вмешательства на венах промежности является необходимость тщательного гемостаза в этой зоне. Несоблюдение этого требования ведет к развитию обширных гематом, значительно ухудшающих качество жизни больных, возрастанию риска гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде [1, 3, 8, 9, 28, 29].

В случае же дилатации яичниковых вен и тазовых сплетений, не сопровождающихся синдромом тазового венозного полнокровия, необходимо проведение консервативных мероприятий, как и у женщин с асимптомной формой заболевания.

Клиническая практика показывает, что применение курсового флеботропного лечения у больных с локальной варикозной трансформацией вен матки и параметрия приводит к стойкому купированию болевого синдрома, диспареунии, нормализации менструального цикла. В этой связи целесообразно таким пациенткам проводить консервативное лечение с использованием медикаментозных средств и компрессионной терапии, физиотерапевтических процедур. Среди венотонических средств хорошо зарекомендовали себя препараты, содержащие диосмин, в частности детралекс. Исследования показали, что систематическое употребление данного препарата приводит к полному купированию или значительному уменьшению хронических тазовых болей у пациенток с изолированным поражением вен матки и параметрия благодаря уменьшению явлений тазового венозного застоя [1, 2, 14, 21, 22].

Применение медицинского лечебного трикотажа с компрессией нижних конечностей и нижней части передней брюшной стенки способствует ускорению венозного оттока из ног и малого таза, уменьшению явлений застоя крови в тазовых органах. Положительные результаты отмечены при использовании электрофореза с коалялизмом, применении вакуумного массажа передней брюшной стенки. Пациенткам необходимо разъяснить суть заболевания, рекомендовать правильно организовывать режим труда и отдыха. Благоприятное влияние на венозный отток оказывают водные процедуры, специальные гимнастические упражнения. В рацион питания необходимо включать больше пищи, содержащей клетчатку, биофлавоноиды. Следует контролировать массу тела, избегать приема гормональных контрацептивов.

Хирургическое лечение показано пациенткам с клиническими признаками тазового венозного полнокровия, с расширением гонадных вен и венозных сплетений и выраженным рефлюксом крови по последним по данным инструментальных методов исследования.

В настоящее время доказана эффективность хирургических вмешательств на гонадных венах при ВБВМТ, осложненной синдромом тазового венозного полнокровия. Первоначально использовали лигирование гонадных вен (открытым или лапароскопическим способом), однако в связи с частыми (до 80 %) рецидивами заболевания, хронических тазовых болей отказались от этого метода. Резекция гонадных вен при ВБВМТ из модифицированного пироговского доступа оказалась наиболее эффективна. Купирование болевого синдрома и других проявлений тазового венозного полнокровия наблюдали в 90 – 100 % случаев. В дальнейшем разработана методика лапароскопической резекции яичниковых вен, выгодно отличающаяся от классической операции косметичностью и менее выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде. Суть операции как при открытом, так и при эндоскопическом способе заключается в выделении на протяжении 10 – 15 см гонадной вены с лигированием всех имеющихся притоков и

резекции мобилизованного участка сосуда. Таким образом устраняют вертикальный рефлюкс крови по яичниковым венам, что приводит к уменьшению тазового венозного полнокровия. Кроме того, рефлкторный спазм висцеральных тазовых вен, сопровождающий эти операции, также способствует уменьшению их диаметра и ликвидации застоя крови в этих венах. Установлено, что у ряда больных после резекции гонадных вен в течение 6–12 мес. после операции диаметр вен тазовых сплетений значительно уменьшается, рефлюкс крови по ним полностью исчезает или выражен незначительно [1, 8, 9, 10, 21, 22, 23, 26].

Развитие эндовазальных технологий привело к разработке нового минимально инвазивного способа лечения БВБМТ — эндоваскулярной эмболизации яичниковых вен. В качестве внутрисосудистых окклюдаторов используют спирали Gianturco. Как указывалось выше, данное вмешательство возможно проводить уже на этапе обследования больных, после выполнения селективной овариографии и тазовой флебографии. Трансфеморальным или трансюгулярным (последний предпочтительней для канюляции правой яичниковой вены) доступом по катетеру в гонадную вену доставляют окклюдирующие спирали, которые располагают в средней и нижней трети вены. Расправляясь, спирали растягивают просвет вены, редуцируя тем самым кровоток по ней.

Данный лечебный способ достаточно косметичен, с его помощью надежно облитерируется просвет сосуда. Эффективность метода в купировании клинических проявлений тазового венозного полнокровия колеблется от 70 до 100 % [1, 16].

В лечении больных, страдающих БВБМТ, предпочтение следует отдавать новым, малотравматичным методикам — транскутанной (под контролем ультразвукового ангиосканирования), лапароскопической и эндоваскулярной склерооблитерации гонадных вен. В настоящее время уже имеются сообщения о сочетании эндовазальной эмболизации проксимальных отделов гонадных вен после внутрисосудистого введения различных склерозирующих агентов, использования техники foam-form. Другим аспектом изучения данной проблемы служит разработка сочетанных лапароскопических операций, в ходе которых осуществляют вмешательства на органах и венах малого таза у пациенток с патологией матки, яичников и тазовых вен [1, 30].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилов С.Г., Бутенко О.И., Черкашин М.А. Варикозная болезнь вен малого таза (современное состояние проблемы) // *Анналы хирургии*. — 2003. — № 1. — С. 7–12.
2. Деримедведь Л.В., Перцев И.М., Шуванова Е.В., Зупанец И.А. и др. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии. — Харьков: Мегаполис, 2002. — 784 с.
3. Згонник Ю.М. Диагностика и лечение рецидивов варикоцеле // *Урология и нефрология*. — 1985. — № 4. — С. 22–25.

4. Зильбер А.П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. — М.: Медицина, 1984. — 480 с.

5. Кириенко А.И., Каралкин А.В., Гаврилов С.Г., Москаленко Е.П. и др. Возможности эмиссионной компьютерной томографии в диагностике варикозной болезни вен малого таза // *Анналы хирургии*. — 2004. — № 1. — С. 50–53.

6. Майоров М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике // *Провизор*. — 2003. — № 23. — С. 17–19.

7. Мозес В.Г. Болевой синдром при варикозе тазовых вен у женщин, перенесших воспалительный процесс внутренних гениталий. Клиника, диагностика, лечение, профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2001. — 24 с.

8. Мозес В.Г., Ушакова Г.А., Розенберг Б.А. Клиника, диагностика, лечение и профилактика болевого синдрома при варикозе тазовых вен у женщин, перенесших воспалительный процесс внутренних гениталий: метод. рек. — Кемерово, 2000. — 6 с.

9. Мозес В.Г. Варикозное расширение вен малого таза у женщин // *Новости медицины и фармации*. — 2005. — № 18 (178). — С. 17.

10. Мозес В.Г., Ушакова Г.А. Обоснование консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин и оценка его эффективности // www.painstudy.ru/matls/pabdo/mozes.htm (02.07.11).

11. Науменко Н.Н., Рымашевский Н.В. Профилактика и лечение варикозной болезни у родильниц // *Матер. 4-го Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2001. — С. 128–129.

12. Орджоникидзе Н.В., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И. Профилактика осложнений варикозной болезни у беременных и родильниц с вирусной и/или бактериальной инфекцией // *Матер. 3-го Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2001. — С. 141–142.

13. Рымашевский Н.В., Маркина В.В., Волков А.Е., Казарян М.С. и др. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин. — Ростов-на Дону, 2000. — 163 с.

14. Рымашевский Н.В., Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Казарян М.С. Эхография в диагностике и контроле за консервативной терапией варикоэза малого таза // *Эхография в перинат., гинек., педиатр.: сб. научн. трудов Украинск. Асоц. врачей УЗД в перинат. и гинек.* — Днепропетровск, 1995. — С. 202–203.

15. Сафина М.Р., Тимошенко Т.И., Точиловская Л.В. Ультразвуковая диагностика варикозного расширения вен малого таза // *Ультразвуковая диагностика*. — 1997. — № 4. — С. 1–32.

16. Таразов П.Г., Рыжков В.К., Прозоровский К.В. и др. Чрезкатетерная эмболизация при хроническом болевом синдроме, вызванном варикозным расширением овариальных вен // *Акушерство и гинекология*. — 1995. — № 4. — С. 48–50.

17. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Василевич В.В. Ортостазозависимая флебопатия ниж-

ней половины туловища как сосудистый эффект дисплазии соединительной ткани // Матер. 1-й Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы внутренней патологии. Дисплазия соединительной ткани». — Омск, 2005. — С. 40—43.

18. Ющенко А.Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь? // Новости медицины и фармации. — 2005. — № 9 (169). — С. 14—16.

19. Becker D., Gunter E., Strauss R. et al. Color Doppler imaging versus phlebography in the diagnosis of deep leg and pelvic vein thrombosis // J. Ultrasound Med. — 1997. — Vol. 16, №1. — P. 31—37.

20. Beard R.W., Reginald P.V., Pearce S. Pelvic pain in women // Brit. Med. J. — 1986. — Vol. 293, N 6555. — P. 1160—1162.

21. Bergan J.J. Advances in evaluation and treatment of chronic venous insufficiency // Angiology and Vascular Surgery. — 1995. — N 3. — P. 59—80.

22. Bell D., Kane P.B., Liang S., Conway C. et al. Vulvar varices: an uncommon entity in surgical pathology // Int. J. Gynecol. Pathol. — 2007. — Vol. 26, N 1. — P. 99—101.

23. Chilla B.K., Knusel P.R., Zollikofer Ch.L. et al. Pelvic congestion syndrome // Schweiz Rundsch Med Prax. — 2006. — Vol. 95, N 41. — P. 1583—1588.

24. Cheong Y., William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy // Best Pract Res

Clin Obstet Gynaecol. — 2006. — Vol. 20, N 5. — P. 695—711.

25. Cordis P.R., Eclavea A., Buckley P.J., De-Maioribus C.A. et al. Pelvic congestion syndrome: Early clinical results after transcatheter ovarian vein embolisation // J. Vasc. Surg. — 1998. — Vol. 28, N5. — P. 862—868.

26. Gelbaya T.A., El-Halwagy H.E. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women // Obstetrical and Gynecological Survey. — 2001. — Vol. 56, N 12. — P. 757—764.

27. Langeron P. Тазовый венозный стаз, тазовое расширение вен (варикоцеле): гемодинамические, патогенетические и клинические проблемы / пер. с франц. // Rhlebobologie, Annales Vasculaires, Avril-Juin. — 2005. — N 2. — P. 155—159.

28. Liddle A.D., Davies A.H. Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices // Phlebology. — 2007. — Vol. 22 (3). — P. 100—104.

29. Mathias S.D., Kuppermann M., Liberman R.F., Lippschutz R.C. et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates // Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 87. — P. 321—327.

30. Zondervan K.T., Barlow D.H. Epidemiology of chronic pelvic pain // Ballieres Clin. Obstet. Gynaecol. — 2000. — N 14. — P. 403—414.

Сведения об авторах

Шуликовская Ирина Валентиновна — к.м.н., с.н.с. лаборатории реконструктивной хирургии ФБГУ «НЦРВХ» СО РАМН (664079, г. Иркутск, мкр-н Юбилейный, 100; тел.: 40-78-09)