

И.В. Шуликовская

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН. ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

НЦРВХ СО РАМН (Иркутск)

Варикозная болезнь вен малого таза все еще остается мало изученной проблемой, несмотря на то, что в современной литературе приводится несколько тысяч наблюдений успешной диагностики и лечения этого заболевания. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений варикозной болезни вен малого таза приводят к грубым диагностическим ошибкам, имеющим самые печальные последствия.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен малого таза, пеллалгии, диспареуния, синдром тазового венозного полнокровия, тазовый варикоз

VARIX DILATATION OF PELVIS MINOR: ETHIOLOGY, PATHOGENESIS, CLINICS AND DIAGNOSTICS (LITERATURE REVIEW)

I.V. Shulikovskaya

SCRRS SB RAMN, Irkutsk

Pelvis minor varix dilatation is still a scarcely studied problem, in spite of the fact that there are several thousands of observations of successful diagnostics and treatment of it in the literature. Polymorphism and non-specificity of clinical manifestation of pelvis minor varix dilatation cause huge diagnostics failures bringing up very sad consequences.

Key words: pelvis minor varix dilatation, pelvalgia, dyspareunia, pelvic congestion syndrome, pelvic varix

Синдром хронической тазовой боли у женщин — это боль в области таза, брюшной стенки ниже пупка, низа спины, которая длится 6 и более месяцев, может не иметь цикличности — связи с менструальным циклом и приводит к ухудшению функционального состояния женщины.

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 варикозное расширение вен малого таза. Заболевание встречается во все основные возрастно-биологические периоды жизни женщины и отличается прогрессирующим течением [6, 7, 8, 13, 14].

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Варикозная болезнь вен малого таза была впервые описана в 1949 г. Н. Taylor, отметившим в своей работе взаимосвязь между нарушением маточной гемодинамики и возникновением у женщин хронических тазовых болей. Первое детальное описание варикозной болезни органов малого таза в 1975 г. представили О. Craig и J. Hobbs, которые дали этому заболеванию широко принятое в настоящее время в англоязычной литературе название «pelvic congestion syndrome», то есть «синдром тазового венозного полнокровия». В настоящее время для обозначения варикозной болезни иностранные исследователи используют ряд терминов: pelvic congestion syndrome, pelvic varices

(тазовый варикоз), pelvic venous incompetence (тазовая венозная недостаточность), pelvic venous disorders (тазовая венозная патология), Iliac vein insufficiency syndrome (синдром недостаточности подвздошных вен), pelvic varicocele (тазовое варикоцеле), pelvic venous stasis (тазовый венозный застой). В отечественной литературе проявления варикоза тазовых вен фигурируют под названиями «варикозная болезнь малого таза», «варикозное расширение вен малого таза», «синдром венозного полнокровия малого таза», варикозное расширение овариальных вен, «синдром правой яичниковой вены». Варикозное расширение вен малого таза является невидимой для клиницистов патологией из-за отсутствия патогномичных симптомов и мануальных критериев заболевания, однако, не столь безобидной [11, 12, 27, 28]. Оно приводит к хроническому абдоминальному болевому синдрому, нарушению менструального цикла вследствие развивающейся гипофункции яичников, тромбозу вен и возможной тромбоэмболии или их разрыву. Хронические тазовые боли у женщин часто вызывают физические и моральные страдания, приводят к утрате трудоспособности. Вместе с тем эта патология распространена достаточно широко [13, 14].

ЭТИОЛОГИЯ

На сегодняшний день окончательного мнения о природе заболевания нет, однако, установлено, что развитие и степень варикозного расширения вен малого таза зависят от факторов риска, неблагоприятно влияющих на венозную гемодинамику в орга-

нах малого таза. К ним относят возраст, количество беременностей и родов, условия труда (тяжелый физический труд, длительная работа в вынужденном положении — стоя, сидя), особенности половой жизни (использование прерванного полового акта для контрацепции, отсутствие оргазма) и диспареунию [3, 7, 8, 9, 10, 13, 14].

Во время беременности варикозное расширение вен малого таза, захватывающее промежность и вульву, отмечается у 30 % женщин. Основными причинами этого служат нарушение тонико-эластических свойств венозной стенки на фоне увеличения уровня женских половых гормонов и компрессия крупных вен забрюшинного пространства (нижней полой и подвздошных вен) беременной маткой. В таких условиях формируются коллатеральные пути оттока венозной крови, в частности через систему гонадных вен. После родов варикозные вены промежности и вульвы обычно претерпевают обратную инволюцию. Резидуальный варикоз этой локализации вне беременности отмечают в 2—10 % случаев. В то же время компенсаторная дилатация гонадных вен сохраняется. Патологический ретроградный кровоток по эти сосудам в венозные сплетения яичников и широкой связки матки приводит к хронической венозной гипертензии и прогрессирующему варикозному расширению вен малого таза. Дополнительными предрасполагающими факторами могут быть перегиб широкой связки в результате ретрофлексии матки, а также различные гинекологические заболевания (эндометриоз, опухоли матки и яичников). В последние годы обсуждается неблагоприятное влияние гормонозаместительной терапии и контрацепции. О влияние гормонального фона свидетельствует и тот факт, что проявления синдрома венозного полнокровия малого таза в постклимактерическом периоде значительно уменьшаются.

Имеются данные о наследственном характере заболевания. В последнее время появились так же исследования, доказывающие роль патологии соединительной ткани в генезе варикозного расширения вен малого таза [1, 5, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24].

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез тазового венозного полнокровия до конца не раскрыт. Однако можно выделить две патогенетические формы варикозного расширения вен малого таза: первичное и вторичное. В патогенезе первичного варикозного расширения вен малого таза главным моментом служит клапанная недостаточность яичниковых вен, которая бывает врожденной и приобретенной. Клапанная недостаточность приводит к рефлюксу крови и гипертензии в венозных сплетениях малого таза. К аналогичному механизму венозной недостаточности может привести наличие врожденных порто-гонадных анастомозов, которые почти всегда присутствуют в связи с поздней закладкой мочеполовой системы у плода. Приобретенная клапанная недостаточность яичниковых вен наступает при наличии фоновых

изменений левой почечной и гонадных вен и до определенного периода не приводит к гибели клапанов гонадной вены. Гемодинамические нарушения в малом тазу начинают формироваться в период полового созревания. К предрасполагающим фоновым изменениям относятся: кольцевидная почечная вена, полное и неполное удвоение почечных вен, сочетанные изменения почечных вен, нисходящая почечная вена, органический стеноз почечной вены, аорто-мезентериальный пинцет, стеноз яичниковой вены и др. Только с изменением условий жизни, половым формированием фоновые изменения со стороны почечной и гонадной вен органического и гемодинамического характера, приводят к растяжению фиброзного клапанного кольца и повреждению клапанов гонадных вен, в первую очередь остиального клапана. В этом случае формируется аналогично врожденному приобретенный рено-гонадный рефлюкс. Критерием первичного варикозного расширения вен малого таза является положительная проба Вальсальвы при сонографическом исследовании. Клапанная недостаточность усугубляется с возрастом или с наступлением беременности.

Вторичное варикозное расширение вен малого таза связано с наличием гинекологической патологии, при которой проба Вальсальвы отрицательная (эндометриоз, опухоли органов малого таза и т.д.). Рефлюксный механизм, и врожденный и приобретенный, является наиболее частым в патогенезе первичного варикозного расширения вен и встречается у 62 % женщин с варикозным расширением вен малого таза. Клапанная недостаточность приводит к развитию венозного застоя в малом тазу и яичниковой недостаточности. В патогенезе развития яичниковой недостаточности не последнюю роль играет поступление к гонадам гормонов из левого надпочечника, что формирует клиническую картину патологии органов малого таза [4, 11, 13, 14, 18, 19, 26].

КЛИНИКА

В настоящее время выделяют два варианта течения варикозной болезни вен малого таза:

- 1) варикозное расширение вен промежности и вульвы;
- 2) синдром венозного полнокровия малого таза (англ. — pelvic congestion syndrome). Это разделение весьма условно, т.к. более чем в 50 % варикозное расширение вен промежности провоцирует нарушение оттока из малого таза, и наоборот.

Клинические проявления варикозной болезни вен малого таза достаточно разнообразны: болюющего характера в нижних отделах живота с иррадиацией в нижние конечности, чувство тяжести в гипогастриальной области; иногда боль в пояснично-крестцовой зоне, усиливающаяся при длительном пребывании в вертикальном положении. Отмечается также увеличение интенсивности боли при физической нагрузке, во время полового акта (диспареуния), переохлаждении, простудных

заболеваниях. Усиление боли также отмечается во вторую фазу менструального цикла (с 14 – 15 дня) в отличие от эндометриоза, при котором боль появляется накануне менструации. У большинства женщин, страдающих варикозным расширением вен малого таза, отмечается выраженный предменструальный синдром. В ряде случаев наблюдаются дизурические расстройства, связанные с полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря. Примерно у половины пациенток обнаруживают варикозное расширение поверхностных вен в промежности и ягодичных областях. У части женщин отмечаются дизурические расстройства, вызванные полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря. У больных можно выявить наличие выраженных нарушения психической сферы, связанные с неполноценной половой жизнью, которые проявляются раздражительностью, нарушением трудоспособности, повышенной тревожностью [7 – 10, 13, 14, 20, 25].

ДИАГНОСТИКА

Первичная диагностика варикозного расширения вен малого таза представляет трудности из-за отсутствия специфичных симптомов и мануальных критериев заболевания. Ориентация только на клинические проявления позволяет заподозрить заболевание лишь примерно у 10 %. Поэтому вся диагностика строится на результатах ультразвукового исследования. Ультразвуковая диагностика осуществляется в клиностазе с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. В качестве дифференциально-диагностического критерия между первичным и вторичным варикозом используется проба Вальсальвы, увеличение диаметра вен, при выполнении которой более чем на 2 мм служит признаком рено-овариального рефлюкса.

Широкими диагностическими возможностями обладает ультразвуковое цветное доплеровское картирование, позволяющее выявить все венозные изменения, происходящие в органах малого таза – варикозное расширение овариальных вен, венозные тромбозы, посттромбофлебитические окклюзии.

Большой информативностью обладают компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография. Данные методы позволяют обнаружить конгломераты варикозно измененных вен в широкой связке и вокруг матки, а также в яичниках. Кроме того, КТ и МРТ позволяют оценить состояние и топографо-анатомические взаимоотношения других органов малого таза, выявить сопутствующую патологию [8, 9, 14, 16, 17].

Наиболее объективным методом выявления клапанной недостаточности гонадных вен являются флебографические исследования. Ретроградное контрастирование гонадных вен на высоте пробы Вальсальвы служит патогномичным ангиографическим признаком их клапанной недостаточности [1, 2, 5, 14, 16, 21, 28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важно отметить, что варикозное расширение вен малого таза – это междисциплинарная проблема, так как такие пациенты часто ходят по кругу между гинекологом, урологом, хирургом, флебологом, гастроэнтерологом и невропатологом. Таким образом, знание этиологии, патогенеза, клиники, оптимального алгоритма диагностики и методов лечения заболевания необходимо широкому кругу практических врачей.

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. и др. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии. – Харьков: Мегapolis, 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. 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. 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 варикоэа малого таза // Эхография в перинат., гинек., педиатр.: сб. научн. трудов Украинск. Ассоц. врачей УЗД в перинат. и гинек. — Днепропетровск, 1995. — С. 202 — 203.
15. Сафина М.Р., Тимошенко Т.И., Точилоская Л.В. Ультразвуковая диагностика варикозного расширения вен малого таза // Ультразвуковая диагностика. — 1997. — № 4. — С. 1 — 32.
16. Таразов П.Г. 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. Ортостазисзависимая флебопатия нижней половины туловища как сосудистый эффект дисплазии соединительной ткани // Матер. 1 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 распространённая болезнь? // Новости медицины и фармации. — 2005. — № 9 (169). — С. 14 — 16.
19. Becker D. et al. Color Doppler imaging versus phlebography in the diagnosis of deep leg and pelvic vein thrombosis // J. Ultrasound Med. — 1997. — Vol. 16, N 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. 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. 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. et al. Pelvic congestion syndrome: Early clinical results after transcatheter ovarian vein embolisation // J. Vasc. Surg. — 1998. — Vol. 28, N 5. — 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. // Rhleboblogie, 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. 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 — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, д. 100; тел.: 8 (3952) 40-78-09).