

Хоменко Н.Е., Восканян Ю.Э., Гаспарян С.А.
Варикозная болезнь вен малого таза
(этиопатогенез, диагностика, лечение)
 Ставропольская государственная медицинская академия.

Варикозная болезнь вен (ВБВ) одно из распространенных заболеваний сосудистой системы. Частота заболевания колеблется от 6 до 15%. В развитых странах от 15 до 40% взрослого населения имеют заболевания венозной системы. В России различными формами варикозной болезни страдают более 30 млн. человек, при этом у женщин частота достигает 40%, у мужчин – 20%. Прирост ее составляет 2,6% у женщин, 1,9% – у мужчин. Порог инвалидности по заболеванию – 12%, сокращение жизни в среднем на 18%, при отсутствии правильного лечения возможны летальные исходы.

Среди женщин, обращающихся к гинекологу по поводу хронических тазовых болей, частота варикозной болезни малого таза достигает 30%. Венозная недостаточность, приводящая к тазовым болям в 38–40% случаев, вызывает у 10–12% пациенток временную утрату трудоспособности, правильный диагноз при этом ставится лишь у 2%.

Варикозным расширением вен называется заболевание, сопровождающееся увеличением длины, образованием змеевидной патологической извитости вен, необратимыми мешковидными расширениями их просвета с недостаточностью клапанов.

В настоящее время для обозначения варикозной болезни вен малого таза иностранные исследователи используют ряд терминов: тазовый варикоз, тазовая варикозная недостаточность, тазовая венозная патология, тазовое варикоцеле. В отечественной литературе для обозначения, данного патологического процесса используют понятие: варикозная болезнь вен малого таза, варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ), синдром венозного полнокровия малого таза (СВПМТ). Распространенность заболеваний, относимых к варикозному расширению вен, очевидна в связи с изменяющимися условиями жизнедеятельности, механизации многих процессов, ранее требовавших двигательной активности, доминанты сидячей, малоподвижной или тяжелой физической работы.

По данным исследований, проведенных в Великобритании, у 36% женщин длительная боль внизу живота вызвана спайками брюшной полости, у 14% – эндометриозом, у 13% – запорами, у 11% – объемными образованиями яичников, у 8% – воспалительными заболеваниями половых органов. В 19% случаев причина боли остается неизвестной [30].

Ю.И.Щеглова (1996) считает, что при болевом синдроме у 92,7% больных обнаружены гинекологические заболевания, которые относят к малым формам: поликистоз (7,3%) и кисты яичников (14,6%), небольшие лейомиомы тела матки (9,8%), хронический сальпингит (7,3%), спаечный процесс малого таза (19,5%), варикозное расширение вен параметриев (19,5%) [21].

Есть основание утверждать, что количество случаев выявленного ВРВМТ за последние годы возросло. Одной из объективных причин является улучшение диагностики данного заболевания, выявление его признаков уже на ранних стадиях возникновения.

Вместе с тем следует забывать о возрастном риске появления ВРВМТ. Известно, что заболеванию подвержены пациентки, начиная с возраста 20–25 лет, но наибольшее количество случаев приходится на период от 25 до 45 лет.

Предрасполагающими к развитию варикозного расширения вен факторами могут быть ослабление венозной стенки на фоне гормональной перестройки (беременность, менопауза, период полового созревания и др.); врожденное отсутствие, либо недоразвитие ве-

нозных клапанов; наследственная слабость соединительнотканых структур организма, включая стенки вен. Производящими факторами являются: повышение гидростатического давления в венозных стволах, нарушение метаболических процессов в клетках гладких мышц венозной стенки. В качестве момента, предрасполагающего к возникновению варикозного расширения вен, В.С.Савельевым и соавт. (2004) рассматривается беременность, которая является первым по частоте фактором риска (у 97% пациенток) [14].

Р. Langeron (2000) выделяет следующие непосредственные этиологические факторы ВБВМТ: сдавление тазовых вен извне (в том числе и при изменении положения матки, приводящей к перегибу широких маточных связок, затрудняющему отток венозной крови); дисплазия или окклюзия овариальных вен, ранее не выявленный тромбоз тазовых вен; артериовенозная дисплазия глубоких вен нижних конечностей.

Вторым по значимости фактором является клапанная недостаточность яичниковых вен, приводящая к рефлюксу крови и флебогипертензии в венозных сплетениях малого таза.

Проявления синдрома хронических тазовых болей у женщин связаны с локализацией варикозно расширенных вен. По мнению ряда исследователей, синдром хронических тазовых болей обусловлен сосудистыми изменениями. А именно, варикозным застоем при недостаточном лечении варикозных узлов полости малого таза.

Первичное варикозное расширение вен малого таза связано с синдромом тазовой боли. ВБВМТ может быть вторичной и в 57% случаев сочетаться с варикозной болезнью нижних конечностей и хроническим геморроем.

Клинические проявления ВБВМТ достаточно многообразны. Ведущим симптомом является возникновение болей в нижних отделах живота. В литературе эти боли описываются как тянущие, ноющие, тупые, «пекущие», жгучие с иррадиацией в нижние конечности [1], с усилением во вторую фазу менструального цикла, возникающие после длительных статических и динамических нагрузок [2,29]. Р.А.Савицкий и соавторы (2000) также указывают на наличие у пациенток болевых кризов – периодически возникающих обострений, провоцируемых экзогенными (охлаждение, переутомление, стресс) и эндогенными (обострение заболеваний внутренних органов) причинами [15].

Боли зачастую охватывают гипогастральную область, иррадиируют в пах, бедро, обостряются вместе с появлением симптомов флебита варикозно расширенных вен нижних конечностей [12].

Вторым по значимости проявлением ВБВМТ является диспареуния.

По данным М.Р.Сафиной и соавторов (1997), диспареуния может приводить к вагинизму и боязни полового сношения, что серьезно ухудшает психосоматическое состояние больных и часто служит причиной семейных конфликтов [16].

По данным Г.А.Савицкого и соавторов (2000), у многих больных можно выявить наличие выраженных, заметных даже не специалисту, нарушений психической сферы, которые проявляются бессонницей, раздражительностью, нарушением трудоспособности, повышенной тревожностью, а в более тяжелых случаях – явной или маскированной депрессией [15].

Прогрессирование заболевания связано с рядом причин: несвоевременным обращением к врачу, ошибками в диагностике и соответственно лечении.

В последние годы, благодаря широкому использованию современных методов диагностики, резко возросла выявляемость варикозного расширения вен малого таза. Несмотря на высокую чувствительность методов, позволяющих визуализировать венозные структуры малого таза, не до конца разработаны критерии диагностики.

Первым и неизменным этапом в алгоритме обследования больных является гинекологическое обследование. Г.А.Савицкий и соавторы (2000) на основании бимануального влагалищно-абдоминального исследования и осмотра с помощью зеркал, выделили ряд патогномичных признаков венозного застоя в органах малого таза: увеличенная, тестоватая на ощупь матка; увеличенные, поликистозно измененные яичники; гипертрофированная синюшная шейка матки; синюшная, отечная гипертрофированная слизистая оболочка влагалища; лейкорея [15].

Однако, по мнению P.Langeron (2002), расширенные тазовые вены, находящиеся в толще широких связок матки и других глубинных структурах, как правило, очень трудно обнаружить физикальными методами.

С.Г.Кириенко и соавторы (2003) считают, что после клинического обследования всем больным необходимо выполнять ультразвуковое исследование тазовых вен [4]. Результаты ультразвукографии определяют дальнейшую тактику обследования пациенток.

Важным методом в исследовании сосудистой системы является дуплексное сканирование. Первое сообщение об его применении для изучения кровотока в сосудах малого таза датируется 1983 годом [23]. Начиная с этой публикации и по настоящее время, абсолютный приоритет исследователей принадлежит изучению особенностей артериальной и венозной гемодинамики в бассейне малого таза (Рымашевский Н.В., 2000).

Дуплексное сканирование позволяет точно определить локализацию варикозного расширения вен малого таза, оценить степень выраженности процесса и контролировать эффективность консервативной терапии. Это скрининговый метод с абсолютной неинвазивностью и безопасностью для пациента, возможностью проведения динамических наблюдений, оценкой параметров гемодинамики в режиме реального времени, высокой чувствительностью и специфичностью полученных данных, относительной простотой и дешевизной [6,20].

Широкими диагностическими возможностями обладает ультразвуковое ангиосканирование с цветным доплеровским картированием. Оно позволяет выявить все венозные феномены малого таза: овариоцеле, венозные тромбозы, постромбофлебетические окклюзии; эффективно при изучении кровообращения, в частности в бассейне овариальных вен, особенно при их дилатации [10,11,15].

R. K. Chiov et al (1997) отметили высокую диагностическую точность цветовой доплерографии. Чувствительность метода составила по их данным 93%, специфичность – 85% [27].

По мнению Е.Ф.Фирсова и соавторов (1994), объективным методом диагностики варикозного расширения вен малого таза является ретроградная рентгеноконтрастная флебография (РРФ) [7,18,19,20,21,25].

С помощью РРФ Е.Ф.Фирсовым и соавторами (1994) изучены закономерности передачи вертикального рефлюкса крови из вен таза в вены нижних конечностей у больных варикозной болезнью. Установлено, что абсолютными показаниями к РРФ являются следующие атипичные формы варикозной болезни: варикозное расширение вен ягодичной, седалищной и лобковой областей, задней и внутренней поверхностей верхней трети бедра, половых органов [18].

До настоящего времени нет единого мнения по поводу диагностической ценности чрезматочной флебографии [1]. Несмотря на безболезненность, безопасность этого метода и возможность его использования в амбулаторной практике, он имеет скорее историческое значение и практически полностью вытеснен ультразвукографией и селективной овариографией [19]. Вместе с тем Н.В.Рымашевский и соавторы (2000), P. Langeron (2000) достаточно широко используют данный метод и считают его надежным для визуализации

варикозно расширенных маточных и яичниковых сплетений [12].

Лапароскопия рассматривается рядом авторов в качестве обязательного, а иногда и единственного метода обследования при варикозной болезни вен малого таза. Она позволяет обнаружить морфологический субстрат этого заболевания, а также вероятный интеркуррентный патологический процесс.

Развитие эндохирургических технологий создало объективные предпосылки не только для уточнения диагноза, но и для выполнения оперативных вмешательств по поводу ВБВМТ во время лапароскопии. Это направление находится в стадии активной разработки.

В настоящее время широкое распространение получили такие перспективные методы как компьютерная и магнитнорезонансная томография (КТ, МРТ) [7]. Данные методы позволяют обнаружить конгломераты варикозно измененных вен в широкой связке и вокруг матки, а также в яичниках.

В работах Кириенко и соавторов (2004) описана оригинальная методика – радионуклидная эмиссионная компьютерная томография вен малого таза [5]. Этот метод обследования показан пациенткам с симптомами варикозной болезни для определения степени венозного застоя во внутритазовых венах. При этом радионуклидное обследование необходимо сочетать с ультразвуковым, т.к. незначительное расширение вен не сопровождается какими-либо скинтиграфическими признаками венозного застоя в этом сосудистом регионе.

По мнению A.R.Controneo et al.(1995), несмотря на достаточно хорошо разработанные методы диагностики, процент диагностированных случаев варикозного расширения вен малого таза остается более низким, чем реальная частота болезни [26].

Дифференциальная диагностика ВБВМТ затруднена вследствие сходства клинических проявлений с рядом гинекологических заболеваний, или часто сочетается с ними. ВБВМТ необходимо дифференцировать с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, генитальным эндометриозом, лейомиомой матки, опухолями яичников, разрывом широких связок.

В настоящее время существует множество консервативных и интервенционных методов лечения ВБВМТ.

В комплексной консервативной терапии чаще всего применяют флеботропные препараты (детралекс, эскузан, анавенол и др.) и нестероидные противовоспалительные средства (доналгин, индометацин) [8]. Монотерапия детралексом рекомендуется в случае выявления ВБВМТ и при отсутствии других заболеваний [3].

Для успешного лечения ВБВМТ В.Г.Мозес и А.Б.Розенберг (2000) определили следующие задачи: нормализацию венозного тонуса; улучшение гемодинамики малого таза; купирование болевого синдрома [9]. Для решения поставленных задач в комплекс лечения включают фармакотерапию венотропными препаратами (эскузан, детралекс) и антиагрегантами (трентал), физиолечение ультразвуком, внутритазовые блокады с антигипоксантами (хлорофилипт) и лечебную гимнастику. После лечения боли внизу живота достоверно купируются у 96% пациенток. Терапия способствует нормализации венозного кровотока в маточных венах, увеличению пиковой систолической скорости до $3,4 \pm 2,0$ см/с ($p < 0,05$). Улучшение венозного кровотока органов малого таза приводит к значительному уменьшению степени варикозного расширения вен.

По данным Н.В.Рымашевского и соавторов (2000), оптимальным вариантом лечения ВБВМТ и рецидивирующего флебита тазовых вен является месячная комплексная пероральная терапия, предусматривающая сочетание нестероидного противовоспалительного средства с венопротектором, антиоксидантами и энтеробиотиками [12]. Лечебный эффект отмечается уже с первых дней приема препаратов. Больные испытывают значительное облегчение болей, купируются чувство

распираания, дискомфорта, парестезии. После окончания лечения положительная клиническая динамика практически у всех больных наблюдается на протяжении 3–4 месяцев. Это свидетельствует о стойкой ремиссии, социальной и психологической реабилитации женщин.

Хирургическое лечение является методом выбора в случае неэффективности консервативной терапии. Одним из первых вмешательств при ВБВМТ была гистерэктомия, выполнявшаяся, главным образом, из-за невозможности уточнения причин заболевания. Однако, к настоящему времени эта тяжелая калечащая операция приобрела уже историческое значение, уступив место более обоснованным и менее травматичным методикам. Другим методом лечения стала операция Кота (резекция запирательного нерва), которая не получила широкого распространения вследствие своей неэффективности из-за сохранения рефлюкса по тазовым венам.

Следующим этапом стала разработка резекции гонадных вен. Н.В.Рымашевский и соавторы (2000) использовали чрезбрюшинный доступ с поперечным надлобковым разрезом [12]. Данный метод не является оптимальным в виду травматичности и низкого косметического эффекта. Р. Belardi и соавторы (1998) оценивают результаты резекции овариальных вен как хорошие при сроках наблюдения до 3 лет [22].

В последнее время все большее значение в лечении ВБВМТ приобретают эндоваскулярные методы, самым распространенным из которых является эмболизация яичниковых вен стальными либо нитиновыми спиралями [17,28]. В целом результаты эмболизации большинством авторов оцениваются как хорошие. Так, по данным Р. Capasso et al (1997), у 96,7% пациенток в ближайшем периоде был получен хороший клинический эффект: исчезли диспареуния, хронические боли и дисменорея [24].

G. Maleux et al (2000) при выполнении эмболизации использовали только жидкие склерозанты, причем в ближайшем периоде хорошие результаты получены у 98% пациенток, в отдаленном периоде проявления заболеваний отсутствовали у 58,6% больных.

В качестве оперативного лечения О.А.Орловой и соавторами (2004) предложен метод эндоваскулярной окклюзии левой яичниковой вены спиралью типа Giannockas A.D. почти со 100% лечебным эффектом. Через 1–3 месяца после операции наблюдается полное исчезновение болей, через 3 месяца нормализуется менструальный цикл. При последующем ультразвуковом доплеровском исследовании отмечается увеличение скорости и отсутствие признаков ретроградного тока крови в венозных сосудах малого таза.

Таким образом, ВБВМТ является актуальной проблемой. До настоящего времени остается высокой частота заболевания, отсутствуют четкие критерии диагностики и, соответственно, лечения этих больных. Недостаточная осведомленность хирургов, гинекологов и др. специалистов (урологов, проктологов, врачей общей практики) приводят к увеличению частоты диагностических ошибок и не всегда корректной терапии.

Требуют дальнейшего изучения следующие вопросы:

- ближайшие и отдаленные результаты при традиционном консервативном ведении больных ВБВМТ;
- оценка диагностической возможности ультразвуковой доплерографии, чрезматочной флебографии у больных с данным патологическим процессом;
- необходимость разработки алгоритма обследования больных с ВБВМТ;
- выделение клинико-морфологических форм заболевания, в связи с этим – тактики лечения больных с использованием консервативных, рентгено-эндоваскулярных лапароскопических методов и открытых хирургических вмешательств.

Литература

1. Гаврилов, С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние проблемы / С.Г. Гаврилов, О.И. Бутенко, М.А. Черкашин // *Анналы хирургии*. – 2003. – №1. – С. 7–12.
2. Ибатуллин, И.А. Клиническое значение вариантной анатомии левых надпочечниковой и Яичковой (яичниковой) вен / И.А. Ибатуллин, С.И. Белых, В.К. Ларин и др. // *Казан. мед. журн.* – 1991. – №1. – С. 50–53.
3. Кириенко, А.И. Хирургическое лечение варикозной болезни малого таза / А.И. Кириенко, В.И. Прокубовский, В.Ю. Богачев // *Материалы 3-й конф. асоц. флебологов России*. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 150–150.
4. Кириенко, А.И. Диагностика варикозной болезни вен малого таза / А.И. Кириенко, С.Г. Гаврилов, А.В. Каралкин и др. – *Анналы хирургии*. – 20003. – №4. – С. 51–56.
5. Кириенко, А.И. Диагностические возможности эмиссионной компьютерной томографии при варикозной болезни вен малого таза / А.И. Кириенко, А.В. Каралкин, С.Г. Гаврилов и др. // *Анналы хирургии*. – 2004. – №1. – С. 50–53.
6. Ковалевская, О.А. Значение цветного дуплексного сканирования в оценке отдаленных результатов после проксимальных реконструкций ветвей дуги аорты / О.А. Ковалевская, Д.Ф. Белоярцев // *Ангиология и сосуд. хирургия*. – 1999. – №1. – С. 41–45.
7. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология: рук-во для врачей / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснопольский. – Н. Новгород, 1999. – 504с.
8. Мозес, Г.А. Роль сосудистых изменений в органах малого таза в возникновении болевого синдрома у женщин после перенесенных воспалительных заболеваний внутренних органов и тазовой брюшины / Г.А. Мозес // *Сб. науч. тр. Кемеровского мед. ин-та*. – Кемерово, 1991. – С. 52–53.
9. Мозес, В.Г. Опыт консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин, перенесших воспалительный процесс внутренних гениталий / В.Г. Мозес, А.Б. Розенберг // *Ультразвук. диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии*. – 2000. – №4. – С. 297–298.
10. Проскурякова, О.В. Ультразвуковое исследование при расширении вен малого таза у женщин / О.В. Проскурякова // *Эхография*. – 2000а. – №3. – С. 257–262.
11. Проскурякова, О.В. Частные вопросы венозного кровообращения внутренних половых органов женщины / О.В. Проскурякова // *Допплерография в гинекологии* / Под ред. Б.И. Зыкина, М.В. Медведева. – М., 2000б. – С. 133–134.
12. Рымашевский, Н.В. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин / Н.В. Рымашевский, В.В. Маркина, А.Е. Волков и др. – Ростов-на-Дону, 2000. – 164с.
13. Савельев, В.С. Настоящее и будущее флебологии в России / В.С. Савельев // *Флебологическая наука*. – 1998. – №9. – С. 4–6.
14. Савельев, В.С. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей как общемедицинская проблема / В.С. Савельев, А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев и др. // *Consilium medicum*. – 2004. – №6. – С. 433–436.
15. Савранский, В.М. Варикозная болезнь / В.М. Савранский, В.П. Морозов. – СПб., 2000. – 128с.
16. Сафина, М.Р. Ультразвуковая диагностика варикозного расширения вен малого таза / М.Р. Сафина, Т.И. Тимошенко, Л.В. Точилковская // *Ультразвук. диагностика*. – 1997. – №4. – С. 31–32.
17. Соколов, А.А. Результаты эндоваскулярного лечения варикозного расширения овариальных вен (ВРОВ) / А.А. Соколов, Н.В. Цветкова // *Материалы 5-го съезда Рос. Асоц. УЗД в перинатол. и гинекологии*. – СПб., 1998. – С. 88–89.
18. Фирсов, Е.Ф. Диагностические возможности ретроградной тазовой флебографии через контралатеральную конечность при варикозной болезни / Е.Ф. Фирсов, Б.С. Суковатых, П.М. Назаренко и др. // *Хирургия*. – 1994. – №9. – С. 20–23.
19. Флебология: рук-во для врачей / Под ред. В.С. Савельева. – М., 2001.
20. Хачкурузов, С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки / С.Г. Хачкурузов. – СПб., 2000. – 662с.

21. Щеглова, И.Ю. О хронических тазовых болях / И.Ю. Щеглова // *Клин. медицина*. – 1996. – №9. – С. 73–74.
22. Belardi, P. Iliac vein insufficiency syndrome. Clinical contribution / P. Belardi, A. Viacava, G. Lucertini // *Minerva Cardioangiol.* – 1998. – Vol. 46, №6. – P. 211–214.
23. Campbell, S. New Doppler technique for assessing untermplacental blood flow / S. Cambell, J. Dias-Recasens, D.R. Griffin // *Lancet.* – 1983. – №8068. – P. 675–677.
24. Capasso, P. Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolization / P. Capasso, C. Simons, G. Trotteur et al. // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* – 1997. – Vol. 20, №2. – P. 107–111.
25. Gasparini, D. Female «varicocele»: two cases diagnoses by labeled red blood cell angioscintigraphy and treated by percutaneous phlebography and embolization / D. Gasparini, O. Geatti, P.G. Orsolon et al. // *Clin. Nuclear Med.* – 1998. – Vol. 23, №7. – P. 420–422.
26. Cotroneo, A.R. Varicocele ovarico: trattamento percutaneo. Nota preliminare / A.R/ Cotroneo, C. Di Stasi, M. Salcuni et al. // *Radiol. Med.* – 1995. – Vol. 89, №1. – P. 117–121.
27. Chiou, R.K. Color Doppler ultrasound criteria to diagnose varicoceles: correlation of a new scoring system with physical examination / R.K. Chiou, J.C. Anderson, R.K. Wobig et al. // *Urology.* – 1997. – Vol. 50, №6. – P. 953–956.
28. Edwards, R.D. Case report: pelvic pain syndrome-successful treatment of a case by ovarian vein embolization / R.D. Edwards, I.R. Robertson, A.B. MacLean et al. // *Clin. Radiol.* – 1993. – Vol. 47, №6. – P. 429–431.
29. Fernandez-Samos, R. Female gonadal venous insufficiency / R. Fernandez-Samos, A. Zorita, J.M. Ortega // *Angiologia.* – 1993. – Vol. 45, №6. – P. 203–209.
30. Foy, A. Chronic lower abdominal pain in gynaecological practice / A. Foy, R. Brown // *Update.* – 1987. – Vol. 27. – P. 19–25.