

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

И. А. Акимов, Н. С. Кудинов, А. А. Соколов

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ) относится к наименее изученным разделам флебологии: генез ее до сих пор окончательно не ясен, а детальная диагностика многочисленных форм заболевания не разработана.

Цель исследования: изучить эффективность рентгеноэндоваскулярной окклюзии яичниковой вены как одного из патогенетических способов лечения ВБВМТ при несостоятельности яичниковых вен.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 445 больных с этой патологией. Из них у 363 (82 %) пациентов расширение вен таза было обусловлено венозным рефлюксом по овариальным венам, у 78 пациентов – с перенесенным в прошлом илиофemorальным и илиокавальным тромбозами и у 4 – с врожденными венозными дисплазиями. Следует отметить, что у 4 пациенток правосторонний илиокавальный тромбоз был обусловлен длительным чрезбедренным чрезкатетерным введением лекарственных препаратов в период новорожденности.

Кардинальными клиническими признаками ВБВМТ являлись:

- упорные хронические боли внизу живота (пельвалгия) с иррадиацией в поясничную, крестцовую и паховую области, усиливающиеся при больших физических нагрузках (92 %),
- вторичная дисменорея (42 %), вторичные олиго- или полименорея (30 %);
- отек бедер и половых губ перед месячными (11 %);
- наличие в анамнезе различных акушерских проблем (первичное и вторичное бесплодие, выкидыши).

При осмотре почти у каждой второй больной выявлено варикозное расширение поверхностных вен по внутренней поверхности верхней трети бедра, половых губ, промежности, стенки влагалища, однако эти проявления ВБВМТ как косметическая жалоба – 0,04 %. При одностороннем поражении подвздошных и тазовых вен отмечалось выраженное (до 20 мм) расширение наружных срамных вен в области лона, а также асимметрия отека больших половых губ.

Окончательная диагностика ВБВМТ строилась на результатах ультразвукового исследования – трансвагинальной сонографии, ЦДК с использованием пробы Вальсальвы, которая позволяла выявить различные формы поражения венозного русла органов малого таза – дилатированные овариальные вены, варикоз вен малого таза, варикоцеле, тромбозы, дисплазии, флеболиты и пути коллатерального оттока. Однако наиболее полную информацию о состоянии венозной системы и венозных сплетений малого таза позволяет получить ретроградная флебоовариография и левосторонняя внутренняя илиография (Соколов А.А., 2002).

Результаты: выполнялось рентгенхирургическое лечение ВБВМТ, связанной с рено-овариальным рефлюксом. Окклюзия левой яичниковой вены была выполнена ретро-градным доступом у 363 женщин. Учитывая большой диаметр левой яичниковой вены, первоначально вводилась металлическая стено-зирующая спираль, которая позволяла уменьшить скорость кровотока. В последующем проводилась склеротерапия до полного прекращения кровотока в вене. Однако от введения спирали скоро пришлось отказаться в связи с увеличением частоты МРТ исследований брюшной полости. Динамическое клиническое и ультра-звуковое наблюдение в течение года показало положительный эффект у 97 % больных. У 6 пациенток клиническая симптоматика не претерпела изменений. Детальное динамическое клинικο-лабораторно-ультразвуковое исследование выявило рецидивирующий оофортит слева у части пациенток. Рецидив ВБВМТ был отмечен у 5 (1,4 %) женщин. Повторное флебографическое исследование выявило отсутствие кровотока по левой яичниковой вене и увеличение диаметра и кровотока по правой яичниковой вене. Рецидив ВБВМТ был устранен путем комбинированной окклюзией правой яичниковой вены: спираль и введение этоксисклерола.

Выводы: положительные результаты исследований позволяют рекомендовать рентгеноэндоваскулярную окклюзию яичниковой вены как один из патогенетических способов лечения ВБВМТ при несостоятельности яичниковых вен.