

Р.В. АХМЕТЗЯНОВ¹, К.М.Н., Р.А. БРЕДИХИН^{1,2}, Д.М.Н., А.Г. ГАПТРАВАНОВ¹, Е.Е. ФОМИНА¹, К.М.Н.

Исторические аспекты диагностики и лечения варикозной болезни малого таза. Обзор литературы

Представленный литературный обзор является обобщением данных зарубежной и отечественной литературы об истории, диагностике и методах лечения достаточно распространенной, но еще мало известной для широкого ряда врачей различных специальностей патологии варикозной болезни малого таза.

Ключевые слова: варикозная болезнь малого таза, клиническая картина, методы лечения

Qui bene dignoscit — bene curat.

Кто хорошо ставит диагноз, тот хорошо лечит.

Введение

Варикозная болезнь малого таза (ВБМТ), в англоязычной литературе более известная как pelvic congestion syndrome (синдром тазового венозного полнокровия), является сравнительно молодой и тем не менее весьма актуальной и самостоятельной нозологической формой, свидетелями проявлений которой являются не только флебологи и гинекологи, но и достаточно широкий ряд врачей других специальностей. В последние годы в связи с внедрением в практику лучевых и эндоваскулярных методов визуализации наличие данной патологии не вызывает сомнения. Тем не менее и в настоящее время у большинства специалистов нет четких представлений о клинической картине и методах лечения данного заболевания. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений этой болезни зачастую приводит к длительному и не всегда адекватному наблюдению со стороны урологов, прокто-

логов, гастроэнтерологов, хирургов, ортопедов, эндокринологов, инфекционистов и даже психиатров [1, 2].

Учитывая отсутствие в настоящее время общепризнанных понятий о патогенезе, стандартах диагностического исследования и адекватного лечения данного заболевания обсуждение этих принципов с учетом многообразия течения и клинических проявлений данной патологии нам представляется весьма важным.

ВБМТ — это расширение овариальных вен, вен гроздевидного сплетения, аркуатных вен и внутритазовых венозных сплетений [3, 4].

Данная патология встречается во все биологические периоды жизни женщин и не имеет тенденции к снижению [5].

Заболевание наблюдают у 10—25% женщин репродуктивного возраста. По различным данным, частота ВБМТ может колебаться от 5,4 до 80% [6—8].

Варикоцеле яичников впервые было описано Richet в 1857 г. Одним из первых ученых, предположивших, что венозная система оказывает значительное влияние на формирование хронического болевого синдрома в нижних отделах живота у женщин, был русский врач В.Ф. Снегирев (1907). При обследовании таких пациенток он отмечал растянутые кровью тазовые венозные сплетения в виде плотных болезненных опухолей — «плетор», поэтому боль при этом состоянии получила название плеторической [9, 10].

Н.С. Taylor и Н. Wright в 1949 г. также предположили наличие взаимосвязи между возникновением у женщин хронических тазовых болей с патологией венозной системы и нарушением маточной гемодинамики. В 1954 г. Guilhem и Ваих описали извитые и расширенные гонадные вены при разработке метода тазовой рентгеноконтрастной флебографии [11, 12].

Первое детальное описание заболевания было представлено О. Craig и J.T. Hobbs в 1974 г., которые не только применили к

¹ ГУ «Межрегиональный клинико-диагностический центр».

² ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет».

нему термин «pelvic congestion syndrome», но и предложили диагностический алгоритм, включающий флебографию и лапароскопию [13].

Многообразие взглядов на развитие варикозной трансформации вен малого таза обуславливает и наличие значительного «разброса» в терминологии этой болезни. В отечественной литературе для обозначения заболевания используют следующие названия: варикозная болезнь вен малого таза, варикозное расширение вен малого таза, синдром венозного полнокровия малого таза, варикозное расширение овариальных вен, синдром левой яичниковой вены, синдром переполнения кровью тазовых органов. В англоязычной литературе применяют такие термины, как pelvic congestion syndrome (синдром тазового венозного полнокровия), pelvic varicies (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) [14].

Этиология и патогенез

Особенности гемодинамики венозной системы обуславливают появление физиологического венозного стаза и частичного обратного тока крови, называемого транзитной регургитацией в условиях, близких к физиологическим. Строение венозной системы малого таза женского организма в силу анатомических и физиологических особенностей, а также непрерывной гормональной зависимости предрасположено к варикозной трансформации. На фоне различных провоцирующих факторов, протекающих с течением жизни

женщины, возникают условия для хронизации венозного застоя в малом тазу. Главенствующими из них являются многократные беременности и роды. Частота развития заболевания прямо пропорционально коррелирует с количеством беременностей. Основными этиологическими моментами являются механический, обусловленный сдавливанием беременной маткой магистральных вен забрюшинного пространства (подвздошных и нижней полой вены), а также увеличением объема циркулирующей крови, и гормональный, вследствие увеличения концентрации уровня прогестерона, снижающего тонус венозной стенки. Другими факторами риска являются возраст, воспалительные заболевания репродуктивной женской системы, неблагоприятные условия трудовой деятельности (вынужденное положение сидя или стоя в течение рабочего дня, тяжелый физический труд), наследственная предрасположенность (коллагенозы и ангиодисплазии), состояния и заболевания, приводящие к повышению внутрибрюшного давления (хронические болезни дыхательных путей, запоры, занятия силовыми видами спорта и др.), сексуальная дисфункция, избыточная масса тела, гормональная контрацепция. Кроме того, риск для развития ВБМТ представляет гинекологическая патология (воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли яичников, пролапс гениталий, перегиб широкой связки матки вследствие ретрофлексии матки), нарушения менструального цикла и гиперэстрогения [15, 16]. Все факторы риска опосредованно вызывают венозную гипертензию, которая является причиной дилатации сосудов и развития вследствие этого клапанной недостаточности. Важную роль в развитии заболевания несет генетическая предрасположенность, обусловленная дисплазией соединитель-

ной ткани, морфологической основой которой служит снижение содержания различных видов коллагена или нарушение соотношения между ними, что ведет к снижению ее прочности [17—19].

В последующем, учитывая морфологическое отличие венозной системы малого таза, вследствие значительно меньшего числа клапанов и, соответственно, более низкими адаптационным функциональным резервом, происходит поражение как имеющихся клапанов, так и самой венозной стенки.

Формированию венозной недостаточности в малом тазу способствуют и анатомические особенности оттока крови из яичников. Длинная и тонкая яичниковая вена (в норме до 3 мм в диаметре) слева впадает в левую почечную вену, а справа — в нижнюю полую вену каудальнее отхождения правой почечной вены [20].

Принципиально выделяют первичную и вторичную форму ВБМТ. Первичная форма развивается на фоне клапанной недостаточности яичниковых вен, которая развивается на фоне патологического венозного рефлюкса либо обструкции проксимального венозного русла и встречается в 65—70%. Последняя обусловлена следующими причинами: посттромботические поражения нижней полой вены и подвздошных вен, синдром May — Turner (сдавление левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией), синдром Бадда — Киари (тромбоз печеночных вен на уровне их впадения в нижнюю полую вену с нарушением оттока крови из печени), а также стено-окклюзирующие поражения левой почечной вены (ЛПВ). Наибольшее клиническое значение имеет стеноз ЛПВ вследствие экстравазальной компрессии, называемый «nutcracker syndrome» или синдромом Щелкунчика. Впервые клинические признаки данного синдрома были

описаны A.R. El Sadr в 1950 г., а A. De Schepper в 1972 г. присвоил ему оригинальное название. Разделяют передний или истинный putcracker-синдром, который обусловлен сдавлением ЛПВ в аортомезентериальном пинжете вследствие отхождения верхней брыжечной артерии от аорты под острым углом (в норме до изгиба в каудальном направлении она отходит под аорты прямым углом и продолжается на протяжении 4—5 мм), а также задний putcracker-синдром у пациентов с ретроаортальным расположением или кольцевидным строением дистального отдела ЛПВ [21—23]. Вторичная форма встречается в 15—30% случаев и связана с наличием гинекологической патологии, при которой отмечают расширение внутритазовых сплетений на фоне интактных яичниковых вен.

Клиническая диагностика ВБМТ

Наиболее ярким и ведущим проявлением заболевания является пелвалгический синдром — синдром хронической тазовой боли, его проявления многообразны и неспецифичны. Пациентки описывают свои боли как тянущие, ноющие, тупые, жгучие, с локализацией в гипогастрии (в подвздошных областях и над лоном) с иррадиацией в нижние конечности, паховые области и прямую кишку. Боли усиливаются во вторую, лютеиновую фазу менструального цикла (с 14—15-го дня), достигая максимальной интенсивности во время менструации, в отличие от эндометриоза, при котором боль появляется накануне ее [14, 15, 24]. Характерно усиление болей при длительном дневном ортостазе к концу рабочего дня, перегревании, тяжелых физических нагрузках. Болевой синдром характеризуется наличием кризов, провоцируемых экзогенными (переохлаждение, пе-

реутомление, стресс) и эндогенными причинами при обострении хронических заболеваний. Боли уменьшаются в горизонтальном положении с поднятыми вверх конечностями.

Переполнение кровью пресакрального венозного сплетения проявлялось болями в области крестца и копчика во время длительного сидения. Флебогипертензия органов мочеиспускания приводит к появлению болей в поясничных и паховых областях, усиливающиеся к концу рабочего дня после физической нагрузки, а также нарушению функции тазовых органов в виде дизурических расстройств (болезненное и частое мочеиспускание, недержание мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, позывы к мочеиспусканию при пелвалгиях).

Несмотря на ведущую роль болевого синдрома в клинике ВБМТ, существует и безболевая форма этого заболевания. В данном случае пациентки описывают схожие, но гораздо менее выраженные ощущения как дискомфорт в нижних отделах живота [4].

Вторым, наиболее частым симптомом ВБМТ является наличие атипичного варикоза. Варикозное расширение вен локализуется на наружных половых органах, в промежности, в нижних отделах живота и над лоном, в паховых областях, на задней поверхности бедра, ягодицах. Этот симптом является единственным патогномоничным признаком заболевания, наличие которого сразу же позволяет заподозрить у пациентки ВБМТ. У половины пациенток заболевание сочетается с варикозной болезнью нижних конечностей и хроническим геморроем [8].

Следующим и наиболее драматичным симптомом является диспареуния (боли, возникающие во время интимной близости), которая имеет определенную особенность и зачастую продолжает сохраняться на

протяжении длительного (до нескольких дней) периода, что приводит к нарушению и боязни сексуальных отношений вплоть до вагинизма. Нередки болезненность и повышенная чувствительность в области промежности и вульвы. Для этого ряда пациенток также характерны нарушения менструального цикла в виде длительных либо обильных, иногда нерегулярных кровотечений, которым предшествует предменструальный синдром.

Невозможность вести привычный образ жизни, конфликты в семье, связанные с неполноценной половой жизнью, приводят к ухудшению психосоматического состояния больных женщин с повышением тревожности и раздражительности. С другой стороны, расплывчатость симптоматики на фоне отсутствия патологических изменений при традиционных методах обследования приводит к тому, что этот контингент пациенток направляют к психиатру или сексопатологу [1].

Инструментальная диагностика ВБМТ

Обследование больных проводится в три этапа.

На первом этапе все пациенты с симптомами хронического тазового венозного полнокровия должны тщательно обследоваться у гинеколога с последующим проведением стандартного ультразвукового исследования органов малого таза для выявления гинекологической патологии, а также исключения различных других причин синдрома хронической тазовой боли. На основании бимануального влагалищно-абдоминального исследования и осмотра с помощью зеркал возможно выявление патогномоничных признаков тазового венозного застоя: увеличенная и тестоватая на ощупь матка, гипертрофированная синюшная шейка матки и слизистая влагалища, увеличенные

поликистозно измененные яичники, лейкорея. По показаниям первый этап обследования дополняется урологическим и проктологическим осмотром [25].

На втором этапе используются специальные ультразвуковые методы с целью выявления признаков нарушения флебогемодинамики таза с обнаружением источника вено-венозного сброса, провоцирующего развитие варикозного расширения вен малого таза. Главным патогенетическим моментом служит клапанная недостаточность яичниковых вен, приводящая к патологическому рефлюксу в венозных сплетениях малого таза.

Скрининговым методом диагностики ВБМТ является ультразвуковое ангиосканирование вен малого таза, которое является неинвазивным, безопасным и высокоинформативным исследованием, позволяющим определить дальнейшую тактику диагностики и лечения. Обычно применяют сочетание трансабдоминального и трансвагинального ангиосканирования. Трансабдоминально исследуют яичниковые, подвздошные, нижнюю полую и почечные вены для исключения их посттромботического поражения, а также экстравазальной компрессии. Для выявления nutcracker-синдрома измеряют диаметр ЛПВ и линейную скорость кровотока по ней. Ультразвуковыми критериями nutcracker-синдрома следует считать разницу в величинах переднезаднего диаметра ЛПВ слева от аорты и на уровне пересечения с верхней брыжеечной артерией, а также разницу пиковой скорости кровотока в воротах почки и в проекции предполагаемого стеноза. По мнению различных авторов, эта разница должна составлять от 3 до 5 раз [3, 26].

Трансвагинально визуализируют вены параметрия, гроздевидных сплетений и аркуатных вен. Варикозно измененные вены представляют собой извитые, нерав-

номерно расширенные конгломераты различного диаметра. Расширение яичниковых вен достигает 6—15 мм.

Необходимым условием полноценного обследования пациенток является ультразвуковое дуплексное сканирование вен обеих нижних конечностей.

На третьем этапе выполняют ряд инвазивных исследований.

Эмиссионная компьютерная томография тазовых вен с меченными *in vivo* эритроцитами позволяет визуализировать венозные сплетения таза и гонадные вены за счет депонирования в них меченых эритроцитов, а также выявить степень тазового венозного застоя и рефлюкс крови из тазовых вен в подкожные вены промежности и нижних конечностей [27].

Видеолапароскопическое исследование проводят для дифференциальной диагностики и выявления вероятной интеркуррентной патологии, особенно наружного эндометриоза и спаечного процесса в полости малого таза. Варикозное расширение вен малого таза визуализируют в области яичников по ходу круглой и широкой связок матки в виде обширных синюшных конгломератов с истонченной и напряженной стенкой. Однако применение метода ограничивает наличие выраженной ретроперинеальной жировой клетчатки, возможность оценки расширения гонадных вен лишь на ограниченном участке (область пересечения гонадной вены и подвздошных сосудов), а также отсутствие определения характера кровотока и наличия рефлюкса по тазовым венам. Таким образом, в настоящее время применение этого инвазивного метода диагностики обосновано при подозрении на мультифакторный характер болей [28].

Тазовая флебография и селективная двусторонняя рентгеноконтрастная овариография являются

наиболее объективными методами выявления клапанной недостаточности гонадных вен и до настоящего времени остаются «золотым стандартом» диагностики ВБМТ.

Данные методы позволяют выявить анатомические варианты строения яичниковых вен, определить диаметры гонадных и тазовых вен. Ретроградное контрастирование гонадных вен на высоте пробы Вальсальвы служит патогномичным ангиографическим признаком их клапанной недостаточности. При этом визуализируется их резкое расширение и извитость [29].

На основании флебографического исследования выделяют 3 степени синдрома переполнения кровью тазовых органов [14]:

1-я степень — нарушение венозной гемодинамики с варикозным расширением вен малого таза выявляется только на стороне почечно-яичникового рефлюкса. Диаметр яичниковой вены и вен гроздевидного сплетения не превышает 5 мм. Время контрастирования гроздевидного сплетения яичника не превышает 30 сек, а длительность ретроградного кровотока на пробе Вальсальвы — 1,2 сек;

2-я степень — умеренная дилатация овариальной вены до 7,5 мм с длительностью патологического рефлюкса до 2,2 сек и дополнительным контрастированием маточно-влагалищного и пресакрального венозных сплетений с ретроградным кровотоком во внутреннюю подвздошную вену. Также наблюдается контрастирование контралатерального гроздевидного сплетения. Продолжительность экспозиции не более 60 сек.

3-я степень — помимо вен гроздевидных сплетений с обеих сторон, контраст визуализируется в прямом и изгибном мочепузырном венозных сплетениях, а также правой яичниковой вене. Диаметр овариальной вены достигает 10 мм с рефлюксом до 3,1 сек. Время контрастирования составляет более 60 сек.

В комплекс флебографического исследования обязательно входит исследование ЛПВ с целью верификации анатомических и гемодинамических ее изменений. При подозрении на putcracker-синдром возможно измерение градиента давления. Величина его в норме не превышает 1 мм рт. ст. Изменение показателя до 3 мм рт. ст. и более является клинически значимым и указывает на патологическую гипертензию в ЛПВ [30].

При наличии аорто-мезентериальной компрессии и для оценки функции почек выполняется нефросцинтиграфия.

Наиболее информативными и перспективными методами диагностики ВБМТ являются магнитно-резонансная томография (МРТ) и мультиспиральная компьютерная ангиография (МСКТ) вследствие возможности получения мультиплановых изображений в различных срезах тела (поперечном, коронарном и сагитальном) и выявления анатомических особенностей. Преимуществом МРТ- и МСКТ-исследования является их мини-инвазивность. В случае стеноза почечной вены возможно выявление дорсолатерального поворота левой почки, аномально высокое расположение ЛПВ, аномально низкое отхождение либо нетипичное ветвление верхней брыжеечной артерии [31]. Несмотря на то что при диагностике определению диаметра гонадных вен придается большое значение, необходимо отметить, что диагноз ВБМТ устанавливается не на основании их патологического увеличения. Критерием поражения вен малого таза является наличие и выраженность рефлюкса крови.

Лечебная тактика при ВБМТ

Лечение данной патологии зависит от формы и характера течения заболевания.

Принципы консервативного лечения

Применение консервативного лечения оправданно у пациенток с латентным течением заболевания при наличии варикозной трансформации гонадных вен и тазовых венозных сплетений при отсутствии симптомов тазового венозного полнокровия, а также с целью подготовки в предоперационном периоде. Оно направлено на максимальное устранение факторов риска, нормализацию флебогемодинамики, коррекцию нарушений микроциркуляции, купирования воспалительных реакций и укрепления соединительнотканной стромы неполноценной венозной стенки. Консервативная терапия в большинстве случаев носит симптоматический характер и включает в себя коррекцию образа жизни, компрессионную и медикаментозную терапию.

Пациенткам необходимо нормализовать условия труда и отдыха с исключением серьезных физических нагрузок и длительного пребывания в ортостазе. Показана коррекция избыточного веса с изменением характера питания за счет увеличения клетчатки и биофлавоноидов в виде овощей и фруктов, растительных масел, исключения жирной и острой пищи, алкогольных напитков. Целесообразен отказ от курения, а также приема гормональных контрацептивов. Рекомендуется выполнение восходящего контрастного душа на область промежности, дыхательной гимнастики, водных процедур и комплекса различных разгрузочных упражнений, также именуемых венозной гимнастикой, которые улучшают эвакуацию крови из венозных сплетений малого таза.

Необходимым компонентом лечения является ношение эластического трикотажа — колготок II

компрессионного класса, терапевтический эффект которого направлен на улучшение оттока крови из вен нижних конечностей, венозных сплетений промежности и ягодиц. Компрессионный эффект может быть усилен за счет применения специальных латексных подушечек, накладываемых на область тазовых ямок и зон проекций устьев больших подкожных вен.

Из физиотерапевтических процедур положительные результаты отмечены при использовании электрофореза с колализином, вакуумного массажа передней брюшной стенки, магнитотерапии, локальной баротерапии, акупунктуры [1, 4, 15].

Для нормализации венозного тонуса, улучшения кровотока в малом тазу, снижения интенсивности застойного болевого синдрома используют прием флеботонических препаратов, в первую очередь микронизированной фракции диосмина [32]. Имеются несколько рандомизированных исследований, доказывающих эффективность диосмина при ВБМТ [45]. Так, O.Taskin с соавт. показал достоверное снижение симптомов тазового полнокровия с $9,3 \pm 1,1$ до $4,2 \pm 1,4$ на фоне приема 500 мг диосмина 2 раза в день [46].

В своем исследовании M. Simsek с соавт. в рандомизированном исследовании показали убедительное преимущество диосмина над другими видами консервативного лечения [47].

Для нормализации микроциркуляции и гемореологии назначают дезагреганты. При выраженном болевом синдроме целесообразен прием нестероидных противовоспалительных препаратов. При отсутствии положительного эффекта от консервативных мероприятий возникает необходимость в применении инвазивных вмешательств.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение показано пациенткам с клиническими признаками тазового венозного полнокровия, расширением гонадных вен и тазовых венозных сплетений с патологическим рефлюксом крови по ним, который верифицирован результатами инструментальных исследований.

В далеком прошлом, вследствие неэффективности консервативного лечения и невозможности определения причины заболевания, практиковали радикальную калечащую операцию — гистерэктомию с двусторонней овариэктомией [33]. Очевидно, что проведение этой операции у женщин с сохраненными репродуктивными функциями совершенно неоправданно. Одними из первых, кто предпринял первую попытку щадящего хирургического вмешательства, были O. Craig и J.T. Hobbs, которые в 1974 г. провели резекцию широкой связки матки и овариэктомию с неутешительными результатами в отдаленном периоде. Позже, в 1991 г., J.T. Hobbs напишет, что «... варикозная болезнь малого таза является сосудистой патологией, лечение которой с гинекологических позиций обречено на неудачу...» [13]. Современные хирургические методы можно подразделить на 3 вида оперативных вмешательств: резекционные, эндоваскулярные и шунтирующие.

Впервые двустороннюю резекцию яичниковых вен для элиминации рефлюкса по ним применили A. Lechter в 1985 г. и J.T. Hoobs в 1990 г. Односторонняя резекция на основании результатов ультразвуковой диагностики была выполнена в 1991 г. G.D. Richardson [12, 34, 35].

Резекцию левой яичниковой вены выполняют из забрюшинного доступа на протяжении 6—10 см. При этом необходимо тщательно лигировать все коллатеральные

ветви. С современных позиций рекомендуется резецировать только несостоятельную яичниковую вену. Ряд авторов практикует одностороннюю резекцию даже при диагностически верифицированной несостоятельности правой яичниковой вены. Лишь при недостаточной клинической эффективности от проведенной операции через 2—3 месяца проводят иссечение контралатеральной варикозно измененной яичниковой вены.

Недостаточность косметического эффекта при традиционной операции резекции гонадных вен привело к совершенствованию хирургической техники с применением лапароскопической техники [36]. Особенно этот вид операции оправдан при необходимости двусторонней резекции. Эндоскопическая диссекция имеет и другие преимущества по сравнению с традиционной — быстрая реабилитация после операции и сокращение сроков стационарного лечения.

В настоящее время наличие высокотехнологического оборудования позволяет выполнять некоторые лечебные мероприятия уже на этапе диагностики с применений миниинвазивных технологий. К ним относят эндоваскулярные интервенции, включающие в себя катетерную склеротерапию и эндоваскулярную эмболизацию гонадных вен. Первое сообщение об эмболизации опубликовал R.D. Edwards с коллегами в 1999 г. [37].

Катетерная склеротерапия заключается в катетеризации левой гонадной вены с введением склерозантов. После пункции правой бедренной вены по Сельдингеру под рентгенологическим контролем катетер проводят в нижнюю полую, далее в левую почечную и затем в левую яичниковую вены. Через установленный катетер вводится склерозант. Существуют методики с дополнительным введением сосудоуживающего препарата для улучшения результата. Разрушение

интимы вены с обнажением альфа-адренергических рецепторов меди приводит к тотальному спазму исковой вены с последующей облитерацией ее просвета. Применение этого метода ограничено многими центрами вследствие высокого риска выхода склерозанта в почечную и портальную вены.

Для эмболизации яичниковой вены используют интактные металлические спирали (Balt, Cooc, Guanturco), диаметр которых на 2—3 мм превышает диаметр вены. При освобождении из проводника спираль растягивает просвет вены, вызывая редукцию кровотока. В просвет вены вводят от 2 до 12 спиралей таким образом, чтобы ее просвет перекрывался в области разделения вены на основные крупные притоки, а в проксимальном направлении — максимально близко к ее устью (отступя 2 мм от впадения в почечную вену). С целью радикальности вмешательства используют сочетание интервенции спиралей с введением пенного склерозанта (foam-form) по типу «сэндвич». Кроме эмболизации склерозантом в проксимальное русло, описаны следующие отрицательные аспекты эндоваскулярных методов лечения: миграция спиралей и перфорация стенки вены, реканализация гонадных вен, развитие болевого синдрома, связанного с перифокальным воспалением с вовлечением бедренно-полового нерва. Эндоваскулярная эмболизация обоснована при наличии стволового типа строения яичниковых вен [3, 38, 39]. При выявлении стеноза левой почечной вены на фоне nutcracker-синдрома методом выбора является проведение реконструктивных шунтирующих операций. Целью этих вмешательств является устранение венозной гипертензии в системе ЛПВ.

В случаях сохранения почечной функции на фоне стеноза ЛПВ, а также состоятельном коллатеральном оттоке по левой яичниковой

вене выполняют шунтирующие операции на гонадных венах с исключением почечной вены. Из левостороннего забрюшинного доступа формируют овариико-илиакальный либо сафено-овариальный анастомоз. Формирование анастомоза проводят с проксимальным сегментом яичниковой вены, при этом дистальная часть вены резецируется вместе с венами гроздевидного сплетения. При нарушении почечной функции, проявляющейся микрогематурии, а также несостоятельности путей коллатерального венозного оттока хирургическое прерывание кровотока по яичниковым венам может привести к дисфункции левой почки и рецидиву тазовых болей. Таким образом, в этих случаях показано прямое вмешательство на ЛПВ. Мировой опыт проведения подобных вмешательств не превышает 100 наблюдений. Методом выбора является ее транспозиция, когда новое устье ЛПВ в нижней полой вене формируют на 3—5 см дистальнее прежнего. Операцию дополняют пересечением левой овариальной вены [40]. В случае травматической окклюзии ЛПВ из-за хронической экстравазальной компрессии в пинцете,

когда проведение транспозиции представляется невозможным, выполняют протезирование почечной вены с использованием синтетического протеза либо аутовенозного сегмента [41]. Альтернативой транспозиции ЛПВ при nutcracker-синдроме является операция транспозиции верхней брыжеечной артерии. Последнюю отсекают от аорты и реимплантируют дистальнее уровня расположения ЛПВ. Применение методики ограничено возможностью развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде с развитием фатального некроза кишечника [42, 43]. В 1996 г. M.G. Nestle с соавт. впервые сообщил о стентировании ЛПВ при nutcracker-синдроме. После этого вмешательства возможны миграция стента, а также тромбоз почечной вены. Ближайшие результаты стентирования являются достаточно эффективными, однако достаточных наблюдений на отдаленных сроках пока нет [44]. В литературе описываются и другие редкие виды хирургического лечения при данной патологии: баллонная ангиопластика ЛПВ, ее наружное стентирование, флеблиз либо пластика ЛПВ с наложением заплат, нефропексия [21].

Заключение

Несмотря на проявление активного интереса со стороны специалистов различного профиля к проблеме ВБМТ, особенно в последнее время, остается множество нерешенных вопросов при изучении данного заболевания, частота которого сохраняется достаточно высокой. Некоторые из них связаны с многообразием клинических форм заболевания, другие — с возможностями методов диагностики, третьи — с выбором метода хирургического лечения. Недостаточная осведомленность хирургов, гинекологов и врачей других специальностей приводит к сохранению частоты диагностических ошибок и, соответственно, проведению неадекватной лечебной тактики. Небольшой опыт наблюдения за отделенными результатами не позволяет в настоящее время с большой уверенностью утверждать о преимуществах эндоваскулярных либо традиционных видов хирургических вмешательств. Отсутствие единой лечебной тактики при ВБМТ является стимулом для дальнейшего изучения этой патологии как флебологами, так и врачами других специальностей.



ИСТОЧНИКИ

1. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза. *Гинекология*, 2006, 8(4): 64–67.
2. Ascianto G. Pelvic vein incompetence: a review of diagnosis and treatment. *Phlebology*, 2012, 19(2): 84–90.
3. Бредихин Р.А., Игнатьев И.М., Фомина Е.Е. и др. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2012, 18(1): 63–69.
4. Гаврилов С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза: кого и как лечить. *Флебология*, 2007, 1(1): 48–54.
5. Шигельбут Н.М., Захаров И.С., Мозес В.Г., Колесникова Н.Б. Качество жизни у женщин с варикозной болезнью вен малого таза. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2010, 16(2): 50–53.
6. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behavior. *Br. J. Gen. Pract.*, 2001, 51: 541–547.
7. Bell D, Kane PB, Liang S et al. Vulvar varices: an uncommon entity in surgical pathology. *Int. J. Gynecol. Pathol.*, 2007, 26(1): 99–101.
8. Майоров М.В. Варикозная болезнь вен малого таза у женщин. *Провизор*, 2006, 16: 36–38.
9. Ascianto G, Mumme A, Marpe B et al. MR venography in the detection of pelvic venous congestion. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 2008, 36(4): 491–496.
10. Исламова А.О. Хроническая тазовая боль у женщин с тазовым варикозом в практике врача-гинеколога. *Медицинские аспекты здоровья женщины*, 2012, 58(6/7): 47–49.
11. Taylor HC, Wright H. Vascular congestion and hyperaemia. *Am. J. Obst. Gynecol.*, 1949, 57: 211–230.
12. Hobbs JT. The pelvic congestion syndrome. *Brit. J. Hosp. Med.*, 1990, 43: 200–207.
13. Craig O, Hobbs JT. Valvular phlebography in the pelvic congestion syndrome. *Clin. Radiol.*, 1974, 24: 517–525.
14. Соколов А.А. Варикозная болезнь малого таза. *Акушерство и гинекология*, 2008, 5: 15–18.
15. Флебология. Руководство для врачей. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Под ред. В.С.Савельева. М.: Медицина. 2001, 664.