

## ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

*<sup>1</sup>Юшкевич Д.В., <sup>1</sup>Юрлевич Д.И., <sup>1</sup>Смольский А.В., <sup>1</sup>Демидович Д.В.,  
<sup>2</sup>Ладутько И.М., <sup>3</sup>Хрыщанович В.Я., <sup>2</sup>Лакотко Н.Н.*

*<sup>1</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
<sup>2</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
<sup>3</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) является довольно распространенной патологией у женщин. Вместе с тем, только в небольшом проценте случаев ВРВМТ имеет клинические проявления. Такие проявления в основном связаны с болевым синдромом в нижних отделах живота, паховой и поясничной областях, чувством тяжести и жара в промежности, которые усиливаются во время длительной статической нагрузки, продолжительном сидении, при физической активности, связанной с поднятием тяжестей, во время или после полового акта. Кроме того, нередко ВРВМТ проявляется обильными маточными кровотечениями во время месячных. В некоторых случаях указанные выше жалобы заставляют женщин полностью отказываться от интимной близости. Безусловно, обозначенные симптомы и признаки существенно затрудняют повседневную активность женщины, негативно сказываются на качестве жизни и вызывают психологический дискомфорт. В то же время, в нашей стране специализированная помощь данной группе пациенток оказывается не в полной мере, поскольку часто врачи-гинекологи и врачи-хирурги не обладают достаточной информированностью о методах диагностики и лечения ВРВМТ. В повседневной практике лишь некоторые специалисты (гинекологи, флебологи, врачи функциональной диагностики) принимают участие в процессе диагностики и консервативной терапии различных проявлений ВРВМТ. Наиболее распространенной проблемой, с которой сталкиваются врачи-хирурги и врачи-флебологи, является варикозная болезнь нижних конечностей с рефлюксом из вен промежности. Во вторую группу входят пациентки с изолированным варикозным расширением вен промежности, больших половых губ и перианальной области. В подобной ситуации в лечебно-диагностическом процессе должны принимать участие врачи трех специальностей – гинекологи, флебологи и проктологи. К третьей группе относятся пациентки с ВРВМТ и клинической картиной, но без наружных проявлений варикоза. Данные пациентки длительное время и часто безуспешно получают лечение у гинекологов с синдром хронической тазовой боли. Четвертая группа включает пациенток с сочетанием варикоза вен малого таза и различных наружных проявлений. Основная задача в лечении этой категории пациенток сводится к определению уровня повреждения венозной системы малого таза, выбору наиболее эффективного лечения и профильного

специалиста. Основным методом диагностики указанной патологии является УЗИ органов малого таза, однако обнаружить только расширенные вены малого таза и определить их диаметр недостаточно. Крайне важно определить, из какого бассейна распространяется венозный рефлюкс. Для этого требуется высокий уровень подготовки врача-гинеколога или врача функциональной диагностики и УЗИ-аппарат экспертного класса. В некоторых случаях следует рассмотреть возможность использования КТ-флебографии для диагностики врожденных аномалией развития венозной системы.

**Цель.** Изучить результаты лечения симптоматического варикозного расширения вен малого таза с применением эндоваскулярных методов лечения.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ лечения 7 пациенток в возрасте от 27 до 78 лет (средний возраст – 43,2 года), которым выполнялось эндоваскулярное лечение ВРВМТ. У трех пациенток по данным УЗИ и флебографии было обнаружено левостороннее ВРВМТ, в одном случае расширение вен локализовалось справа, еще у трех пациенток наблюдалось двустороннее расширение вен с двусторонним рефлюксом по гонадным венам. Все пациентки предъявляли жалобы на тяжесть, боль и болезненность внизу живота. Варикоз вен промежности имел место у трех пациенток, в двух случаях ВРВМТ сочеталось с варикозом вен нижних конечностей. Боль во время и после полового акта отмечали 6 пациенток. При одностороннем поражении левой яичниковой вены в двух случаях выполнялся бедренный доступ, еще в пяти – плечевой. Под УЗИ контролем производилась пункция бедренной или плечевой вены по методике Сельдингера интрадьюсером 5F или 6F. Затем по интрадьюсеру вводился катетер (JR4, NH1, Vertebral) и проводник Glide 0.035 с катетеризацией левой и/или правой яичниковой вены. Производилась селективная флебография и при обнаружении рефлюкса выполнялась эмболизация «целевой» яичниковой вены, полученной ex tempore вспененной смесью, состоящей из 2 мл 1% этоксисклерола и гемостатической губки, под рентгенологическим контролем. В двух случаях выполнялось двухстороннее лечение, в одном – только справа и в четырех – изолированно с левой стороны. В четырех наблюдениях выполнялась дополнительная эмболизация левой гонадной вены спиралью Azur 18. После операции выполнялась контрольная флебография. При удовлетворительном результате катетеры и интрадьюсеры извлекались. На место пункции накладывалась давящая повязка. В послеоперационном периоде пациентки принимали венотоники в стандартных дозах в течение 2 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** Среднее время операции составило 50 минут. Послеоперационный период протекал у пациенток по-разному: две пациентки отмечали выраженный болевой синдром в первые сутки после проведения эндоваскулярной процедуры, который удалось купировать ненаркотическими анальгетиками. В раннем послеоперационном периоде у 6 пациенток отмечалось возникновение болевого синдрома в сроки от 2 недель до 2 месяцев, предположительной причиной которого могло быть возникновение

воспалительных изменений по типу тромбофлебита в венах малого таза. Контроль лечения осуществляли на основании клинической картины – по степени редукции клинических проявлений, а также посредством выполнения УЗИ малого таза, на котором определялись варикозные вены без кровотока.

**Выводы.** По результатам проведенного исследования с использованием эндоваскулярного лечения симптоматического ВРВМТ получены хорошие предварительные результаты, что свидетельствует о перспективах методики для коррекции данной патологии у женщин. Эффективный отбор пациенток на проведение эндоваскулярной коррекции ВРВМТ требует взаимодействия между врачами различных специальностей, а также комплексного обследования на амбулаторном этапе.