

## ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА У ЖЕНЩИН

*Небылицин Ю.С.<sup>1</sup>, Кутько А.П.<sup>2</sup>, Чуешов В.А.<sup>2</sup>,  
Дивакова Т.С.<sup>3</sup>, Скобелева Н.Я.<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>ООО «Доктор Профи», г. Минск,

<sup>2</sup>УЗ «Витебская областная клиническая больница», г. Витебск,

<sup>3</sup>УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск,

<sup>4</sup>УЗ «Клинический родильный дом Минской области», г. Минск,  
Республика Беларусь

**Введение.** Одной из причин развития хронической тазовой боли у женщин является варикозная болезнь таза (ВБТ). Частота встречаемости ВБТ составляет 15-19,9% у женщин репродуктивного возраста. Из числа пациенток, обращающихся за медицинской помощью в связи с хроническими тазовыми болями от 5% до 40% причиной болевого синдрома является ВБТ. Актуальность обусловлена трудностью диагностики и лечения данной патологии. Дифференциальную диагностику ВБТ необходимо проводить с генитальной патологией и другими заболеваниями органов брюшной полости (эндометриоз, спаечный процесс, хронические воспалительные заболевания таза, киста яичника, фибромиома, заболевания мочевого пузыря, кишечника, позвоночника). Для уточнения диагноза могут использоваться: трансабдоминальное ультразвуковое исследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография и венография малого таза.

Причиной развития ВБТ является клапанная недостаточность яичниковых вен, что необходимо учитывать при проведении корригирующего лечения.

Обзор литературных данных свидетельствует о неизменном внимании исследователей к проблеме хирургического лечения ВБТ. В лечении могут применяться различные методы: эндоскопические методы (резекция, коагуляция и клипирование яичниковых вен), открытые оперативные вмешательства и малоинвазивные методики. Коррекция венозной гемодинамики при ВБТ не имеет однозначного и окончательного решения и требует дальнейшего изучения. Следовательно, исследования направлены на разработку и совершенствование методов диагностики и лечения данной патологии являются актуальными.

**Цель.** Оценить возможность и эффективность применения рентгенэндоваскулярных методов лечения варикозной болезни таза у женщин.

**Материалы и методы.** Обследованы 32 пациентки с ВБТ в возрасте от 24 до 47 лет (средний возраст 29,4±7,8) в период с 2016 г. по 2022 г.

При обследовании выполняли трансвагинальное, трансабдоминальное ультразвуковое исследование вен таза и исследование вен нижних

конечностей. Для оценки состояния венозного оттока таза проводилась овариография и тазовая венография. Данное обследование позволяло определить анатомические особенности венозного русла, тип строения, наличие рефлюкса, степень выраженности недостаточности яичниковых вен. При выявлении рефлюкса III степени выполняли эмболизацию левой яичниковой вены с помощью металлических спиралей с гидрогелевым покрытием и/или пенную склеротерапию раствором этоксисклерола.

Дополнительно в лечении использовали комплекс противовоспалительных, анальгезирующих и венотонических препаратов в сочетании с эластическим трикотажем (колготы 2 компрессионного класса).

Для оценки болевого синдрома использовали краткий опросник боли BRIEF PAIN INVENTORY до начала лечения и по его окончании (14-сутки).

Статистический анализ полученных данных производили на персональном компьютере при помощи программного обеспечения SPSS v. 17.

**Результаты и обсуждение.** Тщательный анализ анамнестических данных пациенток показал, что были выявлены факторы риска: дисплазия соединительной ткани - 24, менархе до 12 лет - 16, нарушения менструального цикла - 12, более 2 родов в анамнезе - 17, варикозная болезнь нижних конечностей - 10 случаев. Чаще всего пациентки предъявляли жалобы: тазовая боль - 32 (100%), дизурия - 20 (63%), болезненный половой акт - 13 (41%), нарушение менструального цикла, альгодисменорея, дисменорея - 12 (38%), конфликты на работе и в семье - 2 (6%) случая. При гинекологическом осмотре были выявлены следующие изменения: синюшная, отечная, гипертрофированная слизистая влагалища - 20 (63%), увеличенные яичники, увеличенная, тестоватая на ощупь матка, гипертрофированная синюшная шейка матки - 18 (56%).

После выполнения корригирующего лечения (эмболизация левой яичниковой вены и/или пенная склеротерапия) отмечалось купирование клинических симптомов: тазовая боль - 30 из 32 (94%), дизурия - 19 из 20 (95%), болезненный половой акт - 12 из 13 (92%), нарушение менструального цикла - 12 из 12 (100%), альгодисменорея, дисменорея - 12 из 13 (92%), конфликты на работе и в семье - 2 из 2 (100%).

При оценке интенсивности боли на 14-е сутки отмечалось уменьшение: самой сильной боли за 24 часа на 54%, средней боли за 24 часа на 43% (р оценка – 0,049 и 0,027). Кроме того улучшались: повседневная активность на 34% (р оценка – 0,039), настроение на 51% (р оценка – 0,048), способность выполнять работу по дому на 51% (р оценка – 0,054), отношения с людьми на 45% (р оценка – 0,027).

При гинекологическом осмотре также была отмечена положительная динамика купирования признаков заболевания: синюшная, отечная, гипертрофированная слизистая влагалища - 19 из 20 (95%), увеличенные яичники, увеличенная, тестоватая на ощупь матка, гипертрофированная синюшная шейка матки - 15 из 18 (83%) случаях.

Таким образом, при проведении эндоваскулярных методов лечения ВБТ у подавляющего количества пациенток был достигнут удовлетворительный результат, основным компонентом которого было исчезновение тазовой боли и купирования других клинических симптомов.

**Выводы.**

1. Тазовая венография и овариография являются самым достоверным методом диагностики варикозной болезни таза и позволяет сразу перейти к лечебному вмешательству.

2. Рентгенэндоваскулярное вмешательство позволяет надежно ликвидировать патологический рефлюкс по левой яичниковой вене.

3. Эффект от вмешательства развивается уже в ближайшем послеоперационном периоде.

4. Выбор методики рентгенэндоваскулярного лечения должен осуществляться дифференцировано, с учетом анатомического строения яичниковых вен.