

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ

Небылицин Ю.С.¹, Хрыщанович В.Я.¹, Кутько А.П.², Скобелева Н.Я.³

¹Белорусский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Минск

²Витебская областная клиническая больница
Республика Беларусь, г. Витебск

³Клинический родильный дом Минской области
Республика Беларусь, г. Минск

Актуальность. Варикозная болезнь таза (ВБТ) характеризуется развитием хронического тазового венозного полнокровия. ВБТ на протяжении длительного времени может протекать латентно, проявляться расширением вен вульвы, промежностных или ягодичных вен. Но наиболее значимым проявлением данной патологии является хроническая тазовая боль, которая

вызывает у пациенток большие беспокойства [1, 2, 3, 4].

Одной из причин развития ВБТ является дисплазия соединительной ткани, что в конечном итоге приводит к снижению венозного тонуса и клапанной недостаточности вен таза и яичниковых вен. Развивающееся при этом хроническое тазовое венозное полнокровие, что приводит к тазовой конгестии. При выборе метода лечения ВБТ необходимо учитывать изменения, происходящие в венозной системе малого таза (выявленные рефлюксы и их протяженность).

В настоящее время применяются различные методы лечения ВБТ: консервативные (венотоники, эластический трикотаж) и оперативные [5]. До сих пор сложно однозначно ответить, какой метод лечения ВБТ следует выбрать в зависимости от стадии заболевания и клинических проявлений. Патогенетически обоснованным является устранение рефлюксов в венозной системе малого таза. При этом важным является, чтобы применяемый метод обладал высокой эффективностью и низкой травматичностью.

Таким образом, исследования, направленные на совершенствование методов лечения заболевания, которые обеспечивали стойкий лечебный эффект и обладали малой инвазивностью являются актуальными.

Цель. Оценить эффективность малоинвазивных методов лечения при венозном тазовом полнокровии.

Методы исследования. В исследование включено 34 пациентки с варикозной болезнью таза в возрасте от 24 до 47 лет.

Пациентам применялось стандартное клиническое обследование: сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни, осмотр пациента. Проводился сбор сведений о длительности заболевания, характере его течения, видах и результатах предыдущего лечения.

При гинекологическом осмотре осматривались: слизистая влагалища, состояние яичников, шейка и тело матки.

Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование вен таза. Оценивались локализация, проходимость, диаметр яичниковых вен, вен параметрия и подвздошных вен. При выявлении расширенных яичниковых вен и наличие рефлюкса назначалась тазовая венография и овариография. Выполнялись оперативные рентгенэндоваскулярные вмешательства на яичниковых венах (эмболизация и/или пенная склеротерапия раствором этоксисклерола). Дополнительно использовали консервативное лечение: венотонизирующие препараты и компрессионную терапию.

Для оценки болевого синдрома использовали краткий опросник боли Brief Pain Inventory (самая сильная боль за 24 часа, средняя боль за 24 часа, повседневная активность, настроение, способность выполнять работу по дому, отношения с людьми) до начала лечения и по его окончании (14-сутки).

Статистический анализ полученных данных производили на персональном компьютере при помощи программного обеспечения SPSS v. 17 и выполняли оценку значимости различий при помощи общепринятых параметрических тестов. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Оценка клинической эффективности малоинвазивных методов (эмболизация и пенная склеротерапия) показала более выраженное снижение субъективных симптомов: хроническая тазовая боль, дизурия, диспареуния, альгодисменорея ($p < 0,05$).

При оценке интенсивности боли на 14-е сутки отмечалось уменьшение: самой сильной боли за 24 часа, средней боли за 24 часа ($p < 0,05$). Отмечалось улучшение повседневной активности, настроения, способность выполнять работу по дому и отношения с людьми ($p < 0,05$).

Клиническая эффективность может быть связана с тем, что рентгенэндоваскулярные методы (эмболизация/склеротерапия) позволяют устранить рефлюкс в яичниковых венах, что приводит к устранению тазового венозного полнокровия. Применение в комплексном лечении (в послеоперационном периоде) флеботропных препаратов способствует клинической манифестации ВБТ, поскольку венотоники обладают венотонизирующим и противоотечным эффектами. Использование компрессионной терапии способствует ускорению венозного оттока, что приводит к уменьшению объема венозного стаза.

Таким образом, применение малоинвазивных методов лечения венозного тазового полнокровия позволило достигнуть удовлетворительных результатов, что характеризовалось купированием у пациенток хронической тазовой боли и других клинических симптомов. Данный подход к лечению ВБТ является патогенетически обоснованным, поскольку позволяет эффективно устранить патологические вертикальные рефлюксы в яичниковых венах, является малоинвазивным, хорошо переносится пациентами и способствует сокращению сроков пребывания в стационаре.

Выводы.

1. Рентгенконтрастные методы исследования венозного оттока малого таза являются наиболее достоверными в выявлении патологических рефлюксов и анатомических особенностей венозного русла, что и позволяет окончательно определиться с лечебной тактикой при варикозной болезни таза.

2. Малоинвазивные методы лечения (эмболизация и пенная склеротерапия) являются эффективными в ликвидации рефлюкса яичниковых вен и купировании клинических симптомов венозного полнокровия.

Список литературы

1. A Retrospective Cohort Study of Patient Risk Factors and Pelvic Venous Reflux Patterns on Treatment Outcomes With Pelvic Vein Embolisation / S. M. Strong, A. C. Cross, M. Sideris, M. S. Whiteley // Vasc Endovascular Surg. – 2024. – Vol. 58, № 7. – P.733–741. – doi: [10.1177/15385744241264312](https://doi.org/10.1177/15385744241264312).

2. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review / G. Lamvu, J. Carrillo, C. Ouyang, A. Rapkin // JAMA. – 2021. – Vol. 325, № 23. – P. 2381-2391. – doi: [10.1001/jama.2021.2631](https://doi.org/10.1001/jama.2021.2631).

3. Pelvic congestion syndrome as a differential diagnosis of chronic pelvic pain in women / M. L. Messina, P. Puech-Leão, R. D. S. Simões [et al.] // Clinics (Sao Paulo). – 2024. – Vol. 79. – Art. 100514. – doi: [10.1016/j.clinsp.2024.100514](https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100514).

4. Компрессионная терапия в коррекции нарушений венозного оттока из

нижних конечностей при варикозной болезни таза / С. Г. Гаврилов, А. В. Каралкин, Е. П. Москаленко, А. С. Грищенко // Ангиология и сосудистая хирургия. Журнал им. академика А.В. Покровского. – 2024. – Т. 30, № 1. – С. 26-39. – doi: 10.33029/1027-6661-2024-30-1-26-39.

5. [Bałabuszek](#), K. Comprehensive overview of the venous disorder known as pelvic congestion syndrome / [K. Bałabuszek](#), [M. Toborek](#), [R. Pietura](#) // Ann Med. – 2021. – Vol. 54, iss. 1. – P. 22-36. – doi: [10.1080/07853890.2021.2014556](#).

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

**АКТУАЛЬНЫЕ
И ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ
МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ**

*Сборник материалов
республиканской научно-практической конференции*

30 мая 2025 года

Гродно
ГрГМУ
2025