

**Т.М. Логачева, Д.А. Бижанова, Т.Г. Дядик,
Ю.А. Поляев, Р.В. Гарбузов**

Российская детская клиническая больница, Москва

Варикозное расширение вен малого таза у девочек- подростков с полименореей (Случай из практики)

Ключевые слова: полименорея, варикоз малого таза.

Контактная информация: Дядик Татьяна Григорьевна. Тел.: 8-495-936-91-25

© Коллектив авторов, 2010

В последние годы произошло заметное изменение структуры гинекологической заболеваемости у девочек-подростков. Так, первое место занимают нарушения менструального цикла, среди которых преобладают олигоменорея, дис- и полименорея. Процент больных с данной патологией за последние 5 лет возрос с 11,4 до 29,3%, при этом частота полименореи колеблется от 15 до 19,4% [1].

Разнообразие причин данного заболевания долгое время ошибочно позволяло рассматривать эту патологию как функциональное состояние и оправдывало выжидательную тактику. Последние исследования не связывают полименорею с конституциональными особенностями подростка, а расценивают как проявление серьезной патологии репродуктивной системы вплоть до тяжелого, нередко наследственно обусловленного заболевания.

Причина поздней выявляемости полименореи в большинстве случаев – врачебная пассивность и/или поздняя обращаемость, обусловленная неграмотностью родителей и подростков. Выжидательная тактика при этой патологии требует пересмотра.

Только ранняя диагностика, выявление причины заболевания обеспечивают правильный выбор лечебной тактики, что способствует в дальнейшем не только снижению гинекологической заболеваемости, но и повышению качества жизни таких пациенток.

В последние десятилетия этиология и патогенез полименореи претерпели значительные изменения. По мнению ряда авторов, это связано с изменением факторов и причин, способствующих возникновению данного заболевания [1].

Многие из них, в том числе акселерация, раннее начало половой жизни, привели к росту данной патологии среди девочек-подростков. В ряде случаев причина полименореи – гипоплазия половых органов, недостаточное развитие мускулатуры матки, снижение секреции эстрогенов на фоне ановуляторных менструальных циклов, в результате чего ухудшаются сократительная способность матки и регенерация эндометрия. Полименорея может быть следствием и гиперэстрогении, которая приводит к резко выраженной гиперплазии эндометрия из-за недостаточности лютеиновой фазы.

T.M. LOGACHEVA, D.A. BIZHANOVA, T.G. DYADIK, Yu.A. POLYAEV, R.V. GARBUSOV

Small pelvis varicose veins in adolescent girls with polymenorrhea (a case report)

Key words: *polymenorrhea, small pelvis varicosis.*

Достаточно редко полименорея развивается в результате длительного воздействия прогестерона на эндометрий, вызывая очень медленное отторжение его функционального слоя. Помимо гормональных расстройств, к полименорее приводят воспалительные заболевания матки и придатков. При этом поражается не только поверхностный слой слизистой матки, но и базальный, вплоть до мышечного слоя, что приводит к рецидивирующим длительным кровотечениям. Обильным менструациям способствует и аденомиоз.

Однако не только «гинекологические» причины приводят к полименорее. Кардиопатии, нарушение функции эндокринных желез, психические расстройства, влияние внешней среды могут привести к такому нарушению менструальной функции, как полименорея.

Еще несколько лет назад о нарушении кровообращения общего и местного характера (венозный стаз, варикозные изменения) вен малого таза как о причине полименореи говорили только взрослые гинекологи, признавая, что у женщин репродуктивного возраста варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) встречается в 12–80% случаев [2, 3].

Патология тазового венозного русла, сопровождающаяся венозным полнокровием и явлениями полименореи, может возникнуть вследствие нескольких причин: несостоятельность клапанов овариальных вен, нарушение оттока из вен таза вследствие их компрессии или усиления артериального притока при артериовенозных ангиодисплазиях.

Нарушение оттока при несостоятельности клапанов овариальных вен сопровождается ортостатической перегрузкой овариального сплетения и вен матки. В результате венозного полнокровия с течением времени происходит варикозная трансформация маточных вен с возникновением болевого синдрома и полименореи. В иностранной литературе это состояние известно как синдром тазовой конгестии (*Pelvic Congestion Syndrome*). Впервые это состояние описал Richet в 1857 году. Сегодня многие гинекологи признают ВРВМТ вследствие несостоятельности левой овариальной вены как причину тазовых болей и/или полименореи [4].

В последнее время в литературе все чаще появляются данные о наличии ВРВМТ у девочек-подростков с полименореей в возрасте от 13 до 17 лет (по данным разных авторов, у 12–19,4%) [2]. Заболевание манифестирует у девочек в пубертатном возрасте, когда под действием эстрогенов происходит физиологическая и морфологическая перестройка венозной стенки органов малого таза. Однако стоит отметить, что чаще такую патологию выявляют у девочек с врожденной слабостью соединительной ткани [3].

Разнообразие клинических проявлений ВРВМТ часто приводит к тому, что варикозная болезнь протекает под маской других гинекологических заболеваний. Кроме того, жалобы на боли в животе, нарушения менструального цикла при ВРВМТ совпадают с таковыми у большинства гинекологических больных. Поэтому, как правило, диагностические ошибки совершаются именно на этапе оценки клинических данных заболевания.

Представляется интересным описание двух клинических примеров из нашей практики.

Клинические примеры

Пациентка О., 16 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные менструации, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что возраст менархе – 11 лет. Менструальный цикл не установился, на протяжении 5 лет отмечались обильные, длительные кровотечения. Проводимые по месту жительства курсы циклической витаминотерапии (ЦВТ), назначенные с целью регуляции менструальной функции, а также симптоматическая гемостатическая терапия (СГТ) кровотечений имели нестойкий положительный эффект.

Общий анализ крови: без патологии. Коагулограмма: без отклонений. Мазок отделяемого из влагалища: воспалительных изменений не обнаружено. При гинекологическом осмотре: Ах 3 Ма 3 Рв 3 Ме 11. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Ректоабдоминальное исследование: патологии внутренних гениталий не обнаружено.

УЗИ органов малого таза: матка 44x27x41 мм (в пределах возрастной нормы). М-эхо – 8 мм, высокой эхогенности (соответствует II фазе менструального цикла). Яичники: правый – 34x16x31 мм; левый – 33x18x32 мм, оба с фолликулами до 4–5 мм. Слева, в малом тазу, визуализируются варикозно расширенные вены.

В связи с выявленным по результатам УЗИ гениталий расширением вен малого таза пациентка консультирована в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения для исключения варикозной болезни. С целью уточнения диагноза выполнено УЗИ и дуплексное сканирование вен малого таза. При визуализации обоих яичников – расширение вен малого таза до 1 см. При проведении пробы Вальсальвы – слева на уровне яичникового венозного сплетения регистрируется рефлюксом (*фото 1*). Установлен клинический диагноз: варикозная болезнь вен малого таза. Полименорея.

Учитывая длительность заболевания, неэффективность проводимой ранее консервативной терапии, прогрессирование анемии на фоне хронической кровопотери (гемоглобин снизился до 87 г/л), решено провести ангиографию с частичной рент-

генхирургической эмболизацией маточных артерий. После пункции и катетеризации правой бедренной артерии интрадьюссер 4F выполнена тазовая ангиография слева, частичная эмболизация маточной артерии слева. Цилиндры гидрогеля – 0,5–0,6. РКС ультравист 370–50 мл. Артериальное русло малого таза сформировано правильно. В проекции матки и гениталий в венозной фазе определяются множественные венозные конгломераты (фото 2, 3). После проведенной эмболизации значительно снижено контрастирование флебоэктазий.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана под наблюдение гинеколога и сосудистого хирурга с рекомендацией проведения курсов венотоников (Детралекс) по 1 таблетке 2 раза в день, 2 раза в год по 1 месяцу.

При контрольном обследовании, проведенном через 6 месяцев, установлено: менструации регулярные, по 5–6 дней, умеренные, безболезненные. Сни-

жения гемоглобина на фоне менструаций не отмечено. По результатам контрольного УЗИ гениталий – в малом тазе варикозно расширенные вены до 3,5 мм.

Пациентка Л., 13 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные, длительные менструации со сгустками. Из анамнеза известно, что возраст менархе – 11 лет. Менструальный цикл не установился, на протяжении двух лет отмечались обильные, длительные кровотечения, приводящие к анемизации пациентки. Проводимые по месту жительства курсы симптоматической гемостатической терапии кровотечений имели нестойкий положительный эффект.

Общий анализ крови: снижение гемоглобина до 55 г/л. Коагулограмма: без патологии. Мазок отделяемого из влагалища: воспалительных изменений не обнаружено. При гинекологическом осмотре: Ах 3 Ма 3 Рв 3 Ме 11. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Ректоабдоминальное исследование: отмечено увеличение размеров матки.

В связи с длительными обильными менструациями, приведшими к анемии до 55 г/л, пациентка госпитализирована в отделение гинекологии РДКБ с диагнозом: полименорея, гиперплазия эндометрия, постгеморрагическая анемия. Проведено переливание эритроцитарной массы. В связи с выявленной гиперплазией эндометрия до 40 мм, рецидивирующим характером кровотечения проведена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. По результатам гистологии выявлена полиповидная гиперплазия эндометрия. При выписке из стационара была рекомендована длительная гормональная терапия Марвеллоном по схеме 21/7.

На фоне приема эстроген-гестагенных препаратов пациентка отметила появление постоянных

Фото 1. Рефлюкс-шум при проведении пробы Вальсальвы слева на уровне яичникового венозного сплетения

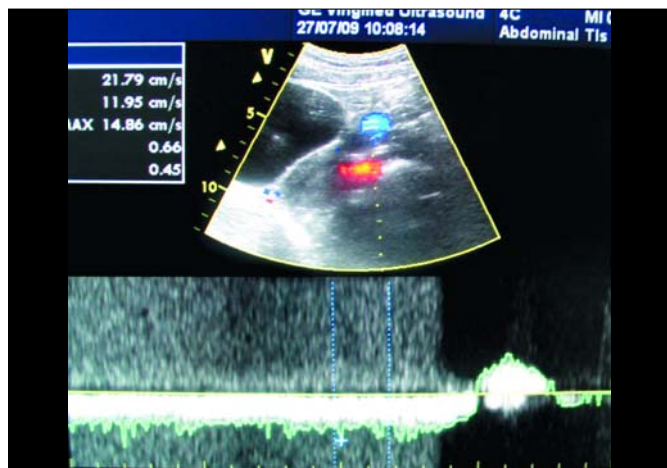


Фото 2. Артериальная фаза при ангиодисплазии таза до эмболизации



Фото 3. Венозная фаза при ангиодисплазии до эмболизации



Фото 4. Рефлюкс-шум при проведении пробы Вальсальвы слева на уровне яичникового венозного сплетения

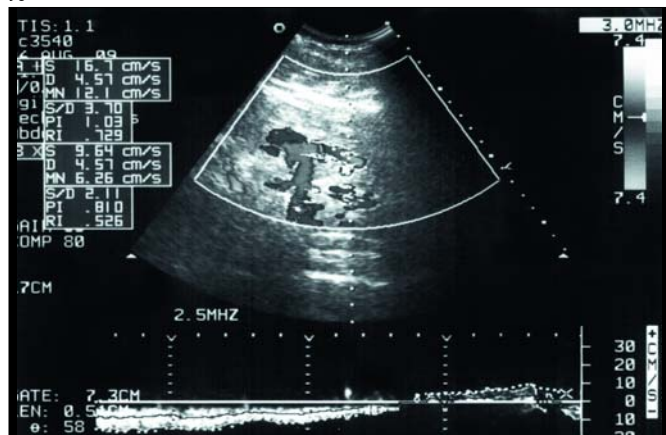
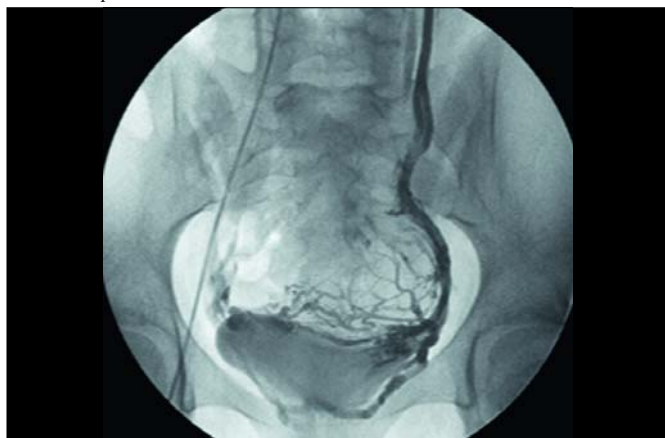


Фото 5. Ретроградная флебография несостоятельной яичниковой вены, овариального сплетения и маточных вен



тянущих болей в нижних отделах живота. Контрольное обследование, проведенное после отмены гормональной терапии, выявило увеличение размеров матки и яичников по УЗИ гениталий: матка – 85х55х71 мм; М-эхо – 30 мм. Яичники увеличены: правый – 45х25х34 мм с фолликулами до 5 мм; левый – 58х21х41 мм с фолликулами до 7 мм.

В связи с выявленными изменениями для исключения сосудистой патологии проведено УЗИ и дуплексное сканирование малого таза. Левая яичниковая вена в проксимальном отделе – 10–12 мм в диаметре (справа – не более 6 мм); при пробе Вальсальвы регистрируется рефлюкс-шум (фото 4). Полученные результаты были обсуждены с рентгенхирургами. Заподозрена варикозная болезнь вен малого таза, овариоцеле слева.

Для уточнения диагноза и необходимости выполнения ретроградной окклюзии левой овариальной вены проведены: ангиография, пункция и катетеризация правой бедренной вены, катетер 6F, почечная флебография слева. Градиент давления ЛПВ-НПВ – менее 1 мм рт. ст. При проведении суперселективной

ретроградной флебографии левой яичниковой вены выявлено, что вена расширена, извита, клапанный аппарат несостоятелен. Антеградно контрастируются правая яичниковая и левая подвздошные вены. Подтверждена варикозная болезнь вен малого таза, овариоцеле слева (фото 5). Произведена окклюзия левой яичниковой вены: окклюзионные спирали (ru-full) и Fibro-vein 3% – 4,0 мл. Послеоперационный период протекал гладко.

При контрольном УЗИ гениталий через 3 мес: матка сократилась – 64х44х62 мм; М-эхо повышенной эхогенности – 15 мм. Яичники – 35х21х35 мм с фолликулами до 4 мм.

ВЫВОДЫ

Данные клинические примеры позволяют акцентировать внимание врачей на такой «простой», казалось бы, проблеме, как полименорея. Эта патология требует детального и пристального изучения с момента первых клинических проявлений, так как без своевременного и адекватного лечения данное заболевание постепенно прогрессирует и со временем приводит к существенному снижению качества жизни.

Ультразвуковое исследование предоставляет существенные возможности для диагностики нарушения венозной гемодинамики в органах малого таза, позволяя неинвазивно исследовать сосудистую систему в зоне интереса и проводить ее визуальный анализ.

С учетом вышеизложенного становится очевидно, что своевременное выявление пациенток с полименореей, входящих в группу риска развития варикозного расширения вен малого таза, а также ранняя диагностика ВРВМТ еще на доклиническом этапе с помощью ультразвукового и доплерометрического методов исследования позволят своевременно применить такой адекватный и современный малоинвазивный метод диагностики и лечения, как ангиография.

Литература

1. Гарден А.С. Детская и подростковая гинекология (Пер. с англ.) – М.: Медицина, 2001, с. 129–130, 135, 143.
2. Мозес В.Г., Ушакова Г.А. Варикозное расширение вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни. – М.: ЭликсКом, 2006, с. 108.
3. Рымашевский Н.В., Маркина В.В., Волков А.Е. и др. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин. – Ростов-на-Дону: ГМУ. 2000, с. 163.
4. Kuligowska E., Pain P. Overlooked and underdiagnosed gynecologic conditions radiographics. 2005; 25: 3–20.