

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

«Тазовые боли» у женщин остаются актуальной и до конца нерешенной проблемой в акушерстве и гинекологии. Частой причиной развития стойких тазовых болей у женщин является варикозное расширение вен малого таза. Проблемы диагностики и лечения тазового варикоза заключаются в том, что у пациенток с данной патологией «отсутствует», либо «минимально выражена» видимая гинекологическая патология, что нередко ставит врача в «тупик». По меткому выражению Е.В. Галкина с соавт. [9], «...для таких больных становится привычным маршрут по «треугольнику» гинеколог – уролог – невропатолог. Боль и страх вынуждают их обратиться к онкологу, а постоянные жалобы и отсутствие анатомических изменений органов малого таза приводят к рекомендации «лечиться у психиатра».

Начало изучения проблемы болевого синдрома, обусловленного варикозным расширением тазовых вен, было положено врачами-анатомами в середине XIX века. Еще в 1854 году анатом Richet [49] впервые сообщил, что при патологоанатомическом исследовании он находил у некоторых женщин варикозное расширение висцеральных яичниковых и маточных вен и тазовых сплетений. Можно с гордостью отметить, что одним из первых ученых, кто высказывал предположение о роли венозной системы в формировании болевого синдрома, и довольно успешно его лечившим, был российский врач В.Ф. Снегирев (1907) [39]. В.Ф. Снегирев придавал большое значение тому, что переполнение тазовых органов и брюшной полости кровью ведет, в конечном итоге, к тазовым болям, которые он называл «плеторическими». Наблюдая женщин с болевым синдромом внизу живота, В.Ф. Снегирев определял у них растянутые кровью тазовые сплетения в виде плотных, болезненных опухолей, которые, по его мнению, могут быть приравнены к варикоцеле у мужчин. Его исследования в дальнейшем развил другой крупный российский ученый А.Э. Мандельштам (1956), который к болям механического характера относил, так называемые, плеторические, то есть зависящие от растяжения переполненных кровью вен и венозных сплетений [28].

Известно, что кровоотток из малого таза женщины осуществляется, в основном, по двум крупным венам: маточной и яичниковой, а также через систему венозных сплетений [17, 38]. Венозный отток из матки идет по трем венозным путям. От дна и верхней половины тела матки венозная кровь оттекает по яичниковой вене, а от нижней половины тела матки и верхней трети шейки матки, образуя сплетение, – в маточные вены. Из нижней части шейки матки кровоотток осуществляется по шеечным венам, которые анастомозируют, либо с веной

запирающего отверстия, либо с верхней ягодичной веной. Яичниковая вена (*v. Ovarica*) – парная, начинается в области ворот яичника большим количеством вен, выходящих из толщи железы. Указанные вены анастомозируют и образуют в брыжейке яичника густое яичниковое сплетение (*plexus ramiiformis ovarii*). Правая яичниковая вена впадает в нижнюю полую вену под острым углом, ниже, (реже – выше) правой почечной вены. Левая яичниковая вена открывается в левую почечную вену под углом, близким к прямому.

Венозная система малого таза женщины характеризуется наличием ряда уникальных свойств, среди которых наиболее значимым является образование сплетений – мощных сосудистых коллекторов, выполняющих функцию депонирования крови и осуществляющих анастомозирование крупных венозных бассейнов малого таза [17]. Существование венозных сплетений определяет сложные гемодинамические условия венозного кровообращения и отсутствие зон изолированного оттока от матки и яичников. В основном, в малом тазу выделяют четыре мощных венозных сплетения. Наиболее мощным является маточно-влагалищное (*plexus uterovaginalis*) венозное сплетение, которое окружает тело матки, шейку и верхнюю часть влагалища и состоит из большого количества вен разного калибра. Данное сплетение связано с венами наружных половых органов, пузырно-влагалищным сплетением и, через внутреннюю срамную вену, анастомозирует с венозным сплетением прямой кишки (*plexus haemorrhoidalis*). Выделяют также гроздьевидное сплетение яичника (*plexus ramiiformis ovarii*), анастомозирующее с маточно-влагалищным венозным сплетением (*plexus utero-vaginalis*), через которое осуществляется венозный отток от дна матки [38].

Функция венозных сосудов в значительной мере обеспечивается клапанным аппаратом. Венозные

клапаны являются основным препятствием распространения гидростатического давления в дистальном направлении. Клапаны в венах обнаруживаются на венулярном и поственулярном уровнях, что свидетельствует о сложности механизма передвижения крови уже в начальном отделе венозной системы [54], и распределены неравномерно [17]. Кроме клапанов, в маточных венах отмечены другие морфологические образования, влияющие на ток крови по венам [11, 54]. Так, Г.И. Герасимович и М.Р. Сафина [11] наблюдали сужение просвета вен, которое образуется в результате сращения внутриорганных венозных отростков, и обозначили их как «клапаны — шлюзы». Те же исследователи, изучая экстраорганные вены матки, отметили отдельные сужения в венах, и обозначили их как мышечные «жомы» и «замки».

Гемодинамические условия в венах зависят от множества факторов и, даже в физиологических условиях, создают предпосылки для развития не только застоя (физиологический стаз), но и частично обратного тока (транзиторная регургитация). Благодаря резервуарно-емкостным возможностям венозных структур матки и ее придатков, в норме и, особенно, при различных патологических состояниях, в малом тазу происходит постоянное депонирование значительного количества крови, а венозная сеть малого таза, в силу своего строения, функционального состояния и гормональной зависимости, создает «идеальные» условия для развития варикозной болезни.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭТИОЛОГИЯ

На сегодняшний день частота варикозного расширения тазовых вен никем точно не определена. По разным источникам, частота варикоза, как причины болевого синдрома, колеблется от 5,4 % [12] до 80 % [34], и наиболее часто встречается в активном репродуктивном возрасте — от 21 до 31 года [31].

Причины варикозного расширения вен тазовых органов разнообразны и многочисленны. За последние три десятилетия накоплено немало сведений о локализации, причинах и путях развития варикозного расширения вен малого таза, и большинство авторов признает, что варикоз тазовых вен является полиэтиологическим заболеванием.

Представляют интерес данные, говорящие о тазовом варикозе, как о системном заболевании [10, 23]. Авторы считают, что неполноценность коллагена в сосудистой стенке ведет к варикозному расширению вен у молодых, нерожавших женщин и поражению других органов и систем с формированием, так называемых, стигм (зубочелюстные аномалии, синдром связочно-суставной слабости, пролапс митрального клапана, геморрагический синдром, грыжи и др.).

Имеются исследования [35, 21, 42, 58], где авторы связывают развитие венозного застоя в органах малого таза у женщин с перенесенными острыми и хроническими воспалительными процессами

внутренних гениталий. Исследователями доказано, что перенесенный воспалительный процесс существенным образом меняет органное кровообращение малого таза. В новой гемодинамической ситуации венозный бассейн внутренних половых органов играет роль пассивного гемодинамического резервуара, который депонирует в себе значительную массу крови, обуславливая развитие флебозаза и варикозного расширения вен матки и тазовых сплетений. Развивающееся вследствие этого хроническое венозное полнокровие тазовых органов является причинным фактором развития болевого синдрома внизу живота.

Роль эстрогенов в генезе расширения венозных сосудов малого таза доказана многими клиническими исследованиями [17, 37, 47, 50]. Косвенным подтверждением такого предположения являются следующие факты: варикозное расширение вен нижних конечностей у женщин встречается в четыре раза чаще, чем у мужчин [48]; часто болевой синдром развивается в период становления менструальной функции [57]; при поликистозных яичниках, сочетающихся с гиперэстрогенией, болевой синдром встречается у 56 % женщин [59]. Подавление овариальной функции путем хирургической или медикаментозной кастрации часто приводит к сужению, а в ряде случаев — к стенозу венозных сосудов [48].

В развитии варикозного расширения вен значительную роль играет перенесенная беременность [5, 22, 32]. Механизм развития вторичной варикозной болезни во время беременности связан с постуральным (то есть связанным с положением тела) эффектом гемодинамики у беременных женщин и повышенным гормональным фоном.

В развитии варикозного расширения венозных сплетений матки и вен яичников большое значение играют перенесенные в прошлом акушерские и гинекологические операции [36, 37], патологические роды, акушерские и гинекологические манипуляции [37, 55]. Развитие венозного полнокровия в органах малого таза наблюдается при ослаблении связочного аппарата внутренних половых органов [9, 56]. Особенно часто варикозное расширение вен и болевой синдром сопутствуют крайней степени повреждения связочного аппарата матки — синдрому Аллена-Мастерса, впервые описанному в 1955 году. В его основе лежит травматический разрыв связочного аппарата матки, главным образом, заднего листка широких связок, реже кардинальных и крестцово-маточных [9, 37].

Развитие болевого синдрома внизу живота может вызвать варикозное расширение овариальных вен [3, 4, 7, 8, 12, 34]. По данным Б.В. Головского с соавт. [12], частота варикозного расширения овариальных вен составляет, в среднем, 5,4 %, причем двустороннее овариоварикоцеле встречается чаще. В этиологии варикозного расширения овариальных вен ведущее значение отводится нарушению рено-овариального кровотока [4, 9, 25, 26]. Причины развития ретроградного рено-овариального кровотока многочисленны. Это — следствие врожденной (первичной) клапанной недостаточности, общая слабость соединительной опорной ткани,

аномалии венозного вено-кавального сегмента и артериального аорто-мезентериального «пинцета» [26].

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Старый афоризм «Без диагноза нет лечения» как нельзя лучше отражает проблему помощи женщинам, страдающим венозным застоем и стойким синдромом тазовых болей [37]. Именно врач-гинеколог, суммируя всю, иногда годами накапливаемую информацию о больной, в конечном итоге становится ключевой фигурой, принимающей решение о наличии у пациентки болевого синдрома, обусловленного варикозным расширением вен малого таза. Известно, что тщательно собранный анамнез, в сочетании с физикальным обследованием, являются определяющими в постановке диагноза. Большинство авторов считают, что наиболее частым проявлением заболевания является болевой синдром внизу живота, различной силы и иррадиации [6, 9, 34, 42]. Боли при варикозе вен малого таза описываются, как «пекущие» [34], ноющие, тянущие [12, 42]. Боли могут усиливаться в середине менструального цикла [42] и перед менструацией [12, 31]. Часто болевой синдром могут провоцировать условия труда, характер половой жизни, способы контрацепции — факторы, влияющие на гемодинамику в малом тазу [42]. Венозному застою в тазовых органах, особенно при варикозе овариальных вен, часто сопутствуют нарушение менструальной функции в виде ациклических кровотечений и бесплодие.

Гинекологическое исследование, как следующий этап диагностики, позволяет выявить косвенные признаки варикозного расширения вен малого таза [32, 33]. К ним относятся растянутые кровью тазовые сплетения, в виде плотных и болезненных опухолей, описанные еще В.Ф. Снегиревым в 1907 году как «тазовые плеторы».

Круг дополнительных методов исследования, применяемых для диагностики состояния венозной системы малого таза у женщин, достаточно широк.

Наиболее специфичным и достоверным методом диагностики венозного застоя в малом тазу является **флебографическое исследование** [30, 34, 43]. Флебографическое исследование позволяет оценить состояние венозной системы матки и придатков, установить функциональную способность клапанной системы, выявить особенности венозного кровотока на серийных флебограммах, определить месторасположение тромбов при тромбофлебитах и флеботромбозах, оценить состояние венозных сплетений, изучить анатомо-топографические особенности варикоза малого таза, оценить их протяженность и состояние венозных анастомозов. Флебографическое исследование осуществляется при помощи различных методик. В гинекологической практике наиболее распространены две из них: чрезматочная и трансвагинальная. Реже, для диагностики овариоварикоцеле, применяется сочетание овариофлебографии и ренофлебографии [12, 26].

В диагностике патологии венозной системы малого таза нередко используется **термографичес-**

кое исследование [15, 37], с помощью которого выявляют органы с усиленной, либо уменьшенной, теплопродукцией, зоны повышенного, либо уменьшенного, кровообращения и, по характеру изображения температурного рельефа, констатируют наличие патологических изменений.

Для диагностики состояния вен малого таза в настоящее время наиболее широко используется **трансвагинальное ультразвуковое исследование**. Преимуществом метода является отсутствие необходимости подготовки к исследованию, безвредность, простота и высокая разрешающая способность. Многие исследователи [6, 7, 17, 43] едины во мнении, что при помощи ультразвуковой диагностики можно эффективно исследовать состояние маточных, внутриорганных (аркуатных) и внутренних подвздошных вен (при условии использования трансвагинального датчика), а также проводить на месте дифференциальный диагноз и контроль лечения. Возможности применения трансвагинальной сонографии для диагностики варикозного расширения овариальных вен были значительно расширены с одновременным применением функциональных нагрузочных проб [12, 44]. К последним относятся: кашлевая, дыхательная, проба Вальсальвы и проба с натуживанием. Сущность проб заключается в определении диаметра яичниковых вен и площади варикозного расширения в покое и после повышения внутрибрюшного давления. Проба, достоверно информирующая о сниженном кровотоке из органов малого таза, при увеличении диаметра вышеперечисленных сосудов считается положительной.

С начала девяностых годов арсенал ультразвукового исследования венозной системы малого таза пополнился методами **доплерографии** (основан на исследовании кровотока в артериях и венах внутренних органов) и **цветного доплероэхокартирования** (позволяет увидеть особенности кровоснабжения внутренних органов) [17, 31, 43]. Одновременное применение ультразвукового и доплерографического исследования поднимает их чувствительность практически до 100 %. Доступность, простота использования, неинвазивность и высокая степень информативности, делают трансвагинальную сонографию, в сочетании с доплерографией, скрининг-исследованием сосудистой системы малого таза при болевом синдроме.

Лапароскопия для диагностики тазового варикоза стала широко применяться в гинекологической практике с шестидесятых годов. В последнее время диагностическая лапароскопия широко внедряется в практику исследования, позволяя провести дифференциальную диагностику и лечение. Так, например, в западных клиниках около 50-60 % лапароскопий проводятся больным, имеющим хронические тазовые боли [37].

ЛЕЧЕНИЕ

Существуют два основных направления лечения варикозного расширения вен малого таза — оперативное и консервативное. Консервативное лечение проводится подавляющему большинству больных в

течение многих лет, иногда всю жизнь. Методики консервативной терапии варикозной болезни чрезвычайно разнообразны. Исследователями применяются различные схемы лечения, начиная от закаливания [27], и заканчивая экзотическими методами, например, применением пиявок [46]. Обобщая основные направления консервативного лечения, можно выделить его главные особенности. Начинать лечение необходимо с устранения основных факторов, способствующих развитию венозного застоя (профессиональные вредности, тяжелая физическая работа, длительное вынужденное положение стоя на ногах и сидя, запоры) [30]. Учитывая повышенную эмоциональную лабильность и напряжение психо-вегетативной нервной системы у больных с длительными болями, в комплекс лечения необходимо включать седативную терапию и, по возможности, проводить лечение совместно с психотерапевтом [37, 45]. Лечение тазового варикоза должно быть комплексным, направленным на основные звенья патогенеза [30].

Задачами патогенетической лекарственной терапии варикозной болезни являются повышение венозного тонуса и реологических свойств крови, а также улучшение микроциркуляции в пораженном органе. Для повышения тонуса венозной стенки применяются препараты двух фармакологических групп. К первой относится венотонизирующий препарат Эскузан [30]. Другой высокоэффективной группой лекарственных препаратов, открывшей новое направление в лечении варикозной болезни, нормализующей сосудистый тонус и регионарную гемодинамику, является группа флавоноидов, к которой относится Детралекс. После приема внутрь, действие флавоноидов продолжается в течение суток и направлено на каждый из трех сосудистых компонентов, вовлеченных в патогенез болезни вен: вены, лимфатические сосуды и систему микроциркуляции [51]. Препараты группы флавоноидов, в сочетании с лечебной физкультурой, прочно закрепили свое место в моно- и поддерживающей терапии различных форм хронической венозной недостаточности [35].

В лечении последствий венозного застоя в малом тазу активно используются преформированные и физические факторы [30, 40]. Задачами лечения физическими факторами являются: нормализация сосудистого тонуса, ликвидация вторичных изменений со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем при сопутствующем хроническом воспалительном процессе, противовоспалительный и рассасывающий эффект, повышение активности компенсаторно-защитных механизмов организма. Выраженный положительный эффект на состояние гемодинамики органов малого таза оказывают ультразвук [30] и магнитотерапия [13, 24].

За последнее десятилетие появились данные об успешном применении в лечении варикозной болезни эфферентных методов лечения — внутрисосудистого лазерного облучения [14] и ультрафиолетового облучения крови [33].

Для коррекции гемодинамических расстройств в органах малого таза широко применяется лечебная физкультура [1, 2, 30, 31]. Причина отсутствия

стойкой ремиссии при консервативном лечении варикозной болезни органов малого таза и расстройств гемодинамики на фоне хронического воспаления гениталий, связана с формированием патологических импульсов из очага поражения в центральную и вегетативную нервную систему [2]. Это способствует усугублению расстройства кровообращения, связанного с анатомо-физиологическими изменениями в очаге поражения. Заболевание приобретает общий характер, при котором фармакокинетика обеспечивает реабилитацию 47-65 % больных. Сочетанное применение фармакотерапии и лечебной физкультуры обеспечивает доставку лекарственного вещества в очаг поражения и уменьшает сроки лечения.

Консервативное лечение варикозного расширения овариальных вен, вследствие повышения давления в ренальной венозной системе, часто неэффективно, либо достигаемая ремиссия непродолжительная [34]. Эффективность консервативного лечения овариоварикоцеле составляет 60-75 %.

В большинстве случаев необходимо оперативное вмешательство [26, 44]. Традиционным оперативным способом лечения варикозного расширения вен яичника и семенного канатика является операция Иванисевича. Суть операции заключается в перевязке внутренней семенной вены; модификация Паломо — одновременная резекция яичковой артерии [7, 9]. Существенным недостатком оперативных методов лечения является частое рецидивирование заболевания (особенно после операции Иванисевича), достигающее, по данным разных авторов, 10-43,5 % [16]. Другой отрицательной стороной оперативного лечения является длительный период нетрудоспособности больных в связи с госпитализацией, операцией и послеоперационным периодом.

Вторым направлением оперативного лечения является применение склерозирующих растворов для выключения гонадной вены из кровотока. В 1977 году вышеуказанный метод был применен впервые в лечении варикозного расширения вен семенного канатика [52]. В настоящее время метод рентгеноэндоваскулярной терапии овариоварикоцеле представлен двумя основными модификациями: склерозирующее лечение, базирующееся на использовании флебосклерозирующих препаратов, и эмболизационная методика, основанная на введении в просвет вены окклюзирующих приспособлений [53]. Некоторые авторы [41] считают выполнение рентгеноэндоваскулярной эмболизации овариальных вен предпочтительнее их хирургического лигирования, так как при этом риск повреждения сосудистых пучков отсутствует, а сама процедура выполняется в амбулаторных условиях под местным обезболиванием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературных данных показывает, что варикозное расширение вен малого таза — распространенное заболевание в структуре гинекологической, урологической, хирургической и эндокринной

патологии, не имеющее тенденции к снижению. В клинической практике варикозному расширению тазовых вен часто не придается должного значения. Это, по-видимому, обусловлено недостаточной осведомленностью широкого круга врачей с данной проблемой. Варикозное расширение тазовых вен часто ведет к развитию хронического болевого синдрома и, в дальнейшем, снижению качества жизни больных. Данные литературы показывают, что в арсенале практического врача имеются широкие возможности для диагностики и лечения данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

- Ахмедова Е.Х., Шапаров Э.А. Влияние лечебной физкультуры на тканевую проницаемость у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом // Медицинский журнал Узбекистана. — 1989. — № 8. — С. 34-35.
- Ахмедова Е.Х., Кругликова Н.Е. Ярмухамедова Д.С., Махмудова Ф.С. Коррекция кровотока малого таза средствами лечебной физкультуры у больных хроническим сальпингоофоритом // Медицинский журнал Узбекистана. — 1991. — № 5 — С. 63-65.
- Бочоришвили Г.Г. Овариоварикоцеле при заболеваниях мочеполовых органов (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... докт. мед. наук — Тбилиси, 1990. — 23 с.
- Бочоришвили Г.Г. Экспериментальное моделирование овариоварикоцеле // Биол. Ан. ГССР. — Т. 15. — № 3. — С. 182-187.
- Браунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др. Внутренние болезни. — М., 1995. — Том 5. — 435 с.
- Волков А.Е., Окороков А.А., Михельсон А.Ф. и др. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза // Ультразвуковая диагностика. — 1994. — № 2. — С. 24.
- Волков А.Е., Рымашевский Н.В., Михельсон А.Ф. и др. Место эхографии в диагностике причин синдрома тазовых болей // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. Том 8. — 2000. — № 1. — С. 62-66.
- Галкин Е.В. Рентгенодиагностика и эндоваскулярное лечение варикозного расширения овариальных вен: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — Казань, 1988. — 25 с.
- Галкин Е.В., Гранова Л.С., Наумова Е.Б. Эндоваскулярная эмболизация левой яичниковой вены при варикозном расширении овариальных вен // Материалы международного симпозиума по сосудистой и эндоваскулярной хирургии. 26-27 сентября 1991. — Алма-Ата, 1991. — С. 105-106.
- Галкин Е.В., Гранова Л.С., Наумова Е.Б. Рентгеноэндоваскулярная хирургия гипопункции яичников при варикозном расширении овариальных вен // Вестник рентгенологии и радиологии. — 1991. — № 5. — С. 51-59.
- Герасимович Г.И., Сафина М.Р. Современные подходы к проблеме хронических тазовых болей у женщин // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 1. — С. 46-53.
- Головский Б.В., Усольцева Л.В., Орлова Н.С. Наследственная дисплазия соединительной ткани в практике семейного врача // Российский семейный врач. — 2000. — № 4. — С. 52-55.
- Грунская А.П. Топография внутриорганных вен матки человека и некоторых млекопитающих животных // Сб. науч. тр. Ростовского н/Дону мед. института. — 1961. — № 16. — С. 43-48.
- Доманский В.Ю., Соколов А.А., Цветкова Н.В. Ультразвуковая диагностика и рентгеноэндоваскулярное лечение варикозного расширения овариальных вен // Ультразвуковая диагностика. — 1998. — № 2. — С. 18-21.
- Жуков Б.Н., Труфанов Л.А., Мусненко С.М. Изменение транскапиллярного обмена у больных с хронической венозной недостаточностью ног под влиянием постоянного магнитного поля // Вопросы патологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. — 1981. — № 4. — С. 28-31.
- Жуков Б.Н., Лысов Н.А., Васильева Е.А. Внутрисосудистое лазерное излучение в комплексном лечении больных с окклюзионными заболеваниями вен нижних конечностей // Актуальные вопросы практической флебологии: материалы открытой региональной научно-практической конференции. — Новосибирск, 1998. — С. 49.
- Зароцкий В.В., Выховская А.Г. Клиническая термография. — М., 1976. — 168 с.
- Згонник Ю.М. Диагностика и лечение рецидивов варикоцеле // Урология и нефрология. — 1985. — № 4. — С. 22-25.
- Зыкин Б.И., Медведев М.В. Допплерография в гинекологии. — М., 2000. — 125 с.
- Володин С.К. Интраорганный гемодинамика матки и придатков в норме и при некоторых патологических процессах // Ранняя диагностика и профилактика патологических состояний: тезисы докладов. — Казань, 1982. — С. 21-23.
- Волков А.Е., Окороков А.А., Михельсон А.Ф. и др. Диагностическая ценность эхографии при варикозном расширении вен малого таза // Ультразвуковая диагностика. — 1994. — № 2. — С. 24.
- Волков А.Е., Рымашевский Н.В., Михельсон А.Ф. и др. Место эхографии в диагностике причин синдрома тазовых болей // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — Том 8. — 2000. — № 1. — С. 62-66.
- Кулавский В.А. Острые и хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов: краткое руководство, часть 2. — Уфа, 1995. — 186 с.
- Кулаков В.И., Черная В.В., Балуда В.П. Острый тромбоз вен нижних конечностей в акушерстве. — М., 1982. — 58 с.
- Куликов А.М., Медведев В.П. Роль семейного врача в охране здоровья подростка: 4. Дисплазии соединительной ткани у подростков и их распознавание // Российский семейный врач. — 2000. — № 4. — С.57-52.
- Ларина В.Н., Коржова В.В., Прилепская В.П. Гемодинамика органов малого таза при применении магнитного поля в комплексном лечении больных с трубным бесплодием воспалительной этиологии // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 7. — С. 69-71.
- Лопаткин Н.А., Морозов А.В., Житникова Л.Н. Стеноз почечной вены. — М., 1984. — 142 с.

28. Лопаткин Н.А., Бочоришвили Г.Г. Клинико-диагностические параллели при варико-варикоцеле // Урология и нефрология. — 1986. — □ 6. — С. 3-6.
29. Мамактавишвили Д.Г. Болезни вен. — М., 1964. — 56 с.
30. Мандельштам А.Э. Семиотика и диагностика женских болезней. — Л., 1959. — С. 463-464.
31. Мозес В.Г., Ушакова Г.А., Розенберг А.Б. и др. Место трансвагинальной ультрасонографии в диагностике варикозного расширения вен малого таза у женщин, перенесших воспалительный процесс внутренних гениталий // Материалы Всероссийской конференции «Новые направления в клинической медицине». — Ленинск-Кузнецкий, 2000. — С. 301.
32. Мозес В.Г., Розенберг А.Б. Клиника, диагностика, лечение и профилактика болевого синдрома при варикозе тазовых вен у женщин, перенесших воспалительный процесс внутренних гениталий. / Методические рекомендации. — Кемерово, 2000. — 24 с.
33. Мозес В.Г. Болевой синдром при варикозе тазовых вен у женщин, перенесших воспалительный процесс внутренних гениталий. Клиника, диагностика, лечение, профилактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2000. — 24 с.
34. Николаенкова В.А. К патогенезу варикозной болезни вен у беременных женщин (клинико-лабораторное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук — Смоленск, 1971. — 25 с.
35. Петухов Е.Б., Каралкин А.В., Малютина И.Г. и др. Изменение периферической гемодинамики у больных с хронической недостаточностью кровоснабжения конечностей при лечении реинфузией облученной ультрафиолетовыми лучами крови // Клиническая хирургия. — 1990. — □ 7. — С. 16-18.
36. Рымашевский Н.В., Казарян Э.В., Окоороков А.А. и др. Роль венозной системы в генезе тазовых алгий // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1996. — □ 4. — С. 24-27.
37. Рымашевский Н.В., Волков А.Е., Михельсон А.Ф. и др. Ультразвуковые критерии эффективности противовоспалительной терапии в гинекологической клинике // Ультразвуковая диагностика. — 1999. — □ 3. — С. 202-204.
38. Сафина М.Р., Тимошенко Т.И., Точилковская Л.В. Ультразвуковая диагностика варикозного расширения вен малого таза // Ультразвуковая диагностика. — 1997. — □ 4. — С. 31-32.
39. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической практике. — СПб., 2000. — 124 с.
40. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. — М., 1978. — Т. 2. — 628 с.
41. Снегирев В.Ф. Маточные кровотечения. — М., 1907.
42. Стругацкий В.М. Физические факторы в акушерстве и гинекологии. — М., 1981. — 211 с.
43. Таразов П.Г., Рыжков В.К., Прозоровский К.В. и др. Чрезкатетерная эмболизация при хроническом болевом синдроме, вызванном варикозным расширением овариальных вен // Акушерство и гинекология. — 1995. — □ 4. — С. 48-50.
44. Ушакова Г.А., Мозес В.Г., Розенберг А.Б. и др. Клиническая характеристика болевого синдрома у женщин с варикозным расширением вен малого таза // Сборник трудов «Репродуктивное здоровье женщин — национальная проблема России». — Кемерово, 2000. — С. 87-88.
45. Ушакова Г.А., Мозес В.Г., Розенберг А.Б. и др. Информативная значимость различных методов диагностики варикозного расширения вен малого таза // Сборник трудов «Репродуктивное здоровье женщин — национальная проблема России». — Кемерово, 2000. — С. 85-86.
46. Цветкова Н.В., Соколов А.А. Сонография в диагностике варикозного расширения овариальных вен и результаты его эндоваскулярного лечения // Ультразвуковая диагностика. — 1997. — □ 4. — С. 34-35.
47. Щеглова И.Ю., Острицкий М.Д. Место психиатрической помощи в комплексном обследовании пациенток с синдромом тазовых болей // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины: 21-я науч. сессия НИИ акушерства и гинекологии им. Отта. — СПб, 1992. — С. 189-191.
48. Щекотов Г.М. Применение пиявок при варикозном расширении вен // Военный медицинский журнал. — 1980. — □ 3. — С. 6-8.
49. Beard R.W., Reginald P.W., Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion // Br. J. Obstet. Gynaec. — 1988. — Vol. 95. — P. 153-161.
50. Bonilla-Musoles F., Ballester M.J. Transvaginal color Doppler in the diagnosis of pelvic congestion syndrome // Atlas of Transvaginal Color Doppler / Ed. A. Kurjak. L. — 1994. — P. 207-214.
51. Castano C.A. Pelvic Varicocele // Surg. Gynec. Obstet. — 1925. — Vol. 40. — P. 237-243.
52. Ericson F. The ovary: a physiology // Endocrinology and metabolism / Ed. Felig P. - McGraw — Hill. Inc., 1987. — P. 905-908.
53. Gillot B., Gullhou J.J., Pointel J.P. et al. Длительное лечение больных с помощью вентропного препарата. Результаты по оценке эффективности и безопасности применения «Детралекса» при хронической венозной недостаточности // Int. Angiol. — 1989. — S. 4. — P. 67.
54. Jaccarino V. Trattamento conservativo del varicocele: flebografie selectiva e scleroterapia delle vene gonadiche // Piv. Radiol. — 1977. — Vol. 17. — P. 107-117.
55. Fegan G. Varicose Veins. Compression Sclerotherapy. — Herebord, 1990.
56. Kamina P., Chansigaud J.P. Functional anatomy of pelvic veins in women // Phlebologie. — 1986. — Vol. 42. — N 3. — P. 363-379.
57. Leroux P., Marge J., Dixneuf et al. Algies pelviques et troubles de la vascularisation uterine // Bull. Fed. Soc. Gynec. Obstet. Franc. — 1971. — Vol. 23. — N 1. — P. 100-106.
58. Langeron P. A propos des varices pelviennes de la femme // Phlebologie. — 1983. — Vol. 35. — N 4. — P. 419-420.
59. Maubon A., Ferru J.M., Thiebalt C. et al. Left ovarian vein syndrome // J. Radiol. — 1997. — V. 78. — N 3. — P. 223-225.
60. Mage G., Doly A., Veyre A. et al. Les algies pelviennes d'origine veineuse // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. — 1982. — Vol. 77. — N 6. — P. 515-521.
61. Sterns H.C., Sneed U.D. Observation on the clinical and pathological aspects of the pelvic congestion syndrome // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1966. — V. 94. — P. 718-732.