

Хроническая тазовая боль у женщин с тазовым варикозом в практике врача-гинеколога

А. О. Исламова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», медицинский центр «Успех», г. Киев
Медицинские аспекты здоровья женщины, № 6-7 (58-59), 2012

Варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ) является актуальной проблемой акушерства и гинекологии, и несмотря на то что в современной литературе приводится несколько тысяч наблюдений успешной диагностики и лечения этого заболевания, она все еще остается недостаточно изученной [1, 7].

Практическому врачу-гинекологу в своей работе нередко приходится сталкиваться с пациентками, у которых клиника болевого синдрома внизу живота обусловлена варикозным расширением вен малого таза. Трудность диагностики и лечения варикозного расширения вен малого таза заключается в том, что заболевание часто протекает под маской воспалительного процесса. Таким больным неоднократно проводится противовоспалительное лечение, не приносящее положительного эффекта, а рецидивирующий характер болевого синдрома обуславливает снижение качества их жизни [1, 5].

Это заболевание встречается у женщин во все возрастно-биологические периоды жизни, однако наиболее часто диагностируется в репродуктивном возрасте [2]. Распространенность ВБВМТ составляет 15% (от 5,4% до 80%) в общей популяции и не имеет тенденции к снижению [3, 7, 8]. Частота развития этого заболевания обусловлена возрастом пациенток, локализацией процесса, а также наличием сопутствующей гинекологической патологии. Наиболее часто встречается варикозное расширение вен яичников (в 80% случаев), тогда как варикозное расширение вен широкой связки матки наблюдается только у 1% женщин [1].

Основным клиническим проявлением ВБВМТ является синдром хронической тазовой боли, значительно снижающий качество жизни и трудоспособность женщин [1, 4]. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений ВБВМТ обуславливают грубые диагностические ошибки, имеющие зачастую самые печальные последствия, а именно – от 12% до 16% неоправданных гистерэктомий. По данным Lechter (1999), в США ежегодно выполняется 70 000 гистерэктомий, которые являются нецелесообразными в связи с хронической тазовой болью на фоне ВБВМТ [6].

Одним из первых ученых, предположивших, что венозная система оказывает значительное влияние на формирование хронического болевого синдрома в нижних отделах живота у женщин, был русский врач В.Ф. Снегирев (1907). При обследовании таких пациенток он отмечал растянутые кровью тазовые венозные сплетения в виде плотных болезненных опухолей – «плетор», поэтому боль при этом состоянии получила название плеторической. В 1954 г. J. Guilhem и H. Vaux, разрабатывая методику тазовой флебографии, описали извитые и расширенные гонадные вены. Схожие изменения обнаружили шведские специалисты из Упсальского университета в 1965–1968 гг. Вместе с тем, несмотря на очевидную варикозную трансформацию гонадных вен, никто из авторов не связал ее с симптомами нарушения оттока из вен малого таза. Первое клиническое описание ВБВМТ осуществили лишь в 1975 г. Craig и Hobbs. Эти ученые предложили алгоритм диагностики, включающий лапароскопию и рентгеноконтрастную флебографию, и первыми пытались ре-

шить данную проблему хирургическим путем – резекцией широкой связки матки и проведением овариоэктомии. Однако отдаленные результаты были весьма плачевны. Hobbs в 1991 г. напишет: «Варикозная болезнь вен малого таза является сосудистой патологией, лечение которой с гинекологических позиций обречено на неудачу...» [1, 3, 6].

Этиология и патогенез

Исследованиями последних лет доказано, что одной из частых причин хронической тазовой боли может быть полнокровие вен таза (дилатация вен и сплетений малого таза, снижение скорости венозного кровотока), что стало возможным после широкого применения доплерографии сосудов малого таза путем цветного дуплексного сканирования у женщин с хронической тазовой болью [4, 7, 8]. Дуплексное сканирование позволяет не только диагностировать ВБВМТ, но и оценивать эффективность проведенного лечения.

Кроме того, сегодня доказано, что ВБВМТ является еще и проявлением системного поражения соединительной ткани. Морфологическая основа дисплазии соединительной ткани – это снижение содержания некоторых видов коллагена или нарушение соотношения между ними, что приводит к уменьшению прочности соединительной ткани. По данным литературы, до 35% практически здоровых людей имеют дисплазию соединительной ткани, 70% из них – женщины. Дисплазия соединительной ткани является мультифакторным заболеванием, основными причинами которого считаются отягощенный перинатальный анамнез, тератогенное воздействие на плод, неблагоприятная экологическая обстановка. К факторам риска, провоцирующим развитие ВБВМТ, относятся условия труда (работа, связанная с длительным вынужденным положением стоя или сидя, тяжелый физический труд), coitus interruptus, сексуальная дисфункция (диспареуния и аноргазмия), многочисленные беременности и роды, гинекологические заболевания (воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли яичников, пролапс гениталий, перегиб широкой связки матки вследствие ретрофлексии матки), нарушения менструального цикла и гиперэстрогения. В последнее время обсуждается неблагоприятное влияние гормональных препаратов, в частности комбинированных контрацептивов, на развитие варикозного расширения вен малого таза [1, 3, 6, 8].

В настоящее время выделяют два варианта течения ВБВМТ:

- варикозное расширение вен промежности и вульвы;
- синдром венозного полнокровия малого таза (англ. – pelvic congestion syndrome).

Однако это разделение весьма условно, так как более чем в половине случаев варикозное расширение вен промежности провоцирует нарушение оттока из вен малого таза и наоборот [3, 5].

Клиническая картина

Основными клиническими проявлениями ВБВМТ являются боль в нижней части живота и повышенная секреция из половых путей [4]. Боль может быть разнообразной

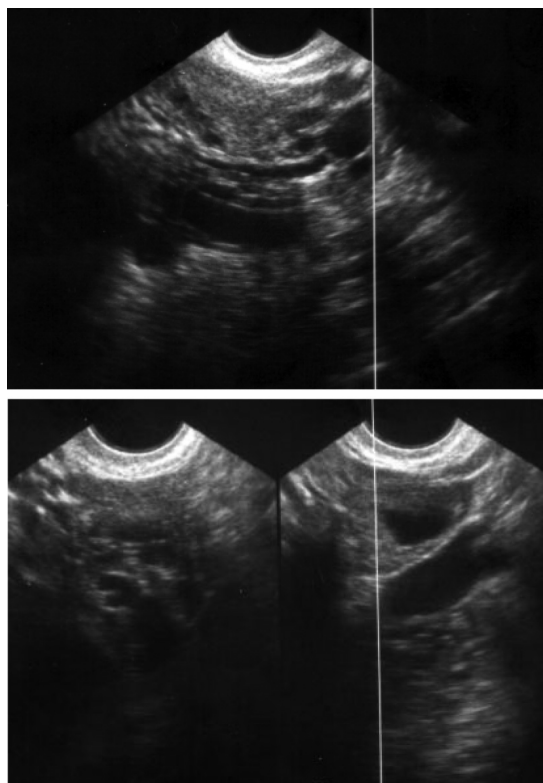


Рис. 1. УЗИ: варикозное расширение вен малого таза

по характеру, интенсивности, иррадиации. Наиболее характерными являются жалобы на ноющую боль с иррадиацией в пояснично-крестцовую и паховую области. У 50% женщин болевой синдром усиливается во второй фазе менструального цикла, при физической нагрузке, длительном вынужденном положении сидя или стоя, при половой жизни. Характерные симптомы заболевания – выраженный предменструальный синдром, дисменорея, болезненность и повышенная чувствительность в области промежности и вульвы. Примерно у каждой второй пациентки обнаруживают варикозное расширение вен промежности, ягодичной области и наружной поверхности бедра. В ряде случаев отмечаются нарушения мочеиспускания, что связано с полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря [1, 6]. Невозможность нормально вести привычный образ жизни из-за многочисленных жалоб приводит к нарушению психосоматического состояния у женщин с хронической тазовой болью вследствие тазового варикоза. Многообразие психоневрологических нарушений зачастую ставит врача в тупик, что заставляет его отправлять пациентов на лечение к психиатру или сексопатологу [8].

Диагностика

Вагинальное исследование у таких пациенток болезненное. Пальпаторно на внутренних стенках малого таза можно определить тяжи и узелки вен, при осмотре слизистой оболочки отмечается цианоз стенок влагалища. Золотым стандартом в диагностике ВБВМТ является УЗИ венозной системы. При УЗИ варикозно расширенные вены определяются как извитые, червеобразные, анэхогенные структуры, проходящие по ребру матки. Варикозное расширение магистральных (внутренних подвздошных) вен обуславливает появление на эхограммах анэхогенных образований с нечеткими контурами, проходящих по внутренним стенкам таза (рис. 1). Главный критерий застоя в органах малого таза –

увеличение диаметра основных венозных коллекторов: маточных, яичниковых, внутренних подвздошных и дугообразных вен. Косвенным признаком является наличие расширенных внутриорганных (дугообразных) вен в толще миометрия задней стенки матки. Также необходимо проведение УЗИ сосудов таза с доплером для определения скорости кровотока в венах [2–4, 6].

Целью нашего исследования являлись разработка схемы патогенетического лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин с хронической тазовой болью и оценка ее эффективности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей гинекологической клинике было проведено исследование 28 женщин в возрасте 32–47 лет с болевым синдромом, обусловленным варикозным расширением вен малого таза. Контрольную группу составили 12 женщин данного возраста без ВБВМТ. Всем пациенткам при госпитализации и после лечения выполняли трансвагинальное УЗИ венозной системы малого таза с доплерографическим исследованием кровотока в маточных венах на аппаратах Toshiba nemio XG. Оценку интенсивности боли проводили по субъективной характеристике пациенток.

Всем женщинам было назначено комплексное патогенетическое лечение, включающее венотропный препарат на основе диосмина – Флебодиа 600. Данное лекарственное средство – ангиопротектор, широко применяемый во флебологии, – обладает разносторонним действием, что позволяет избежать полипрагмазии в лечении лиц с ВБВМТ. С одной стороны, Флебодиа оказывает флеботонизирующий эффект: уменьшает растяжимость вен, повышает их тонус, уменьшает венозную застой, улучшает лимфатический дренаж (повышает тонус и частоту сокращения лимфатических капилляров, увеличивает их функциональную плотность, снижает лимфатическое давление). С другой стороны, препарат улучшает микроциркуляцию: повышает резистентность капилляров, уменьшает их проницаемость; усиливает сосудосуживающий эффект адреналина, блокирует выработку свободных радикалов, синтез простагландинов и тромбосана, уменьшает адгезию лейкоцитов к венозной стенке и их миграцию в паравенозные ткани, улучшает диффузию кислорода и перфузию в кожной ткани, обладает противовоспалительным действием.

Флебодиа назначали по 1 таблетке утром до еды в течение 2 мес. Основным принципом, которого необходимо придерживаться при лечении ВБВМТ, является периодический курсовой прием этого препарата, а также средства лечебной физкультуры: ежедневный восходящий контрастный душ на область промежности, комплекс разгрузочных упражнений, выполняемых лежа («березка», «велосипед», «ножницы» и др.). Также немаловажным является выполнение специальных дыхательных упражнений (медленные глубокие вдох и выдох с включением мышц передней брюшной стенки), направленных на эвакуацию крови из венозных сплетений малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Консервативная коррекция синдрома хронической тазовой боли на протяжении 2 мес у данной группы обследованных женщин привела к нивелированию болевого синдрома у 92,85% пациенток (рис. 2), что достоверно выше, чем после 1 мес терапии (боль купировалась у 50% женщин). Предложенная патогенетическая терапия обусловила снижение степени выраженности варикозного расширения вен тазовых органов, что подтвердилось положительной эхографической картиной.

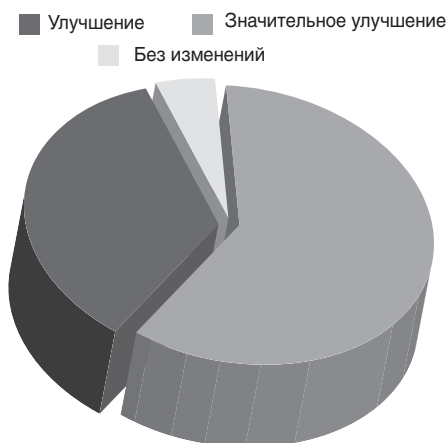


Рис. 2. Эффективность лечения ВВВМТ препаратом Флебодиа через 2 мес

Патогенез развития болевого синдрома при варикозном расширении вен малого таза обусловлен многими факторами, но наиболее значимыми из них являются дилатация вен и сплетений малого таза, снижение венозного кровотока, полнокровие и венозный застой в органах малого таза. Снижение венозного полнокровия в органах малого таза на фоне приема препарата Флебодиа способствует уменьшению выраженности варикозного расширения вен тазовых органов, что сопровождается улучшением эхографической картины. Проведенное лечение приводит к нормализации кровотока в

маточных венах и повышению пиковой систолической скорости (V_{ps}) в маточных венах с $1,7 \pm 0,3$ до $3,5 \pm 0,5$ см/с ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

ВВВМТ является актуальной проблемой акушерства и гинекологии. Ее наиболее часто диагностируют в репродуктивном возрасте. Распространенность данного заболевания достигает 15% в общей популяции. Основным клиническим проявлением ВВВМТ является синдром хронической тазовой боли, значительно снижающий качество жизни и трудоспособность женщин. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений ВВВМТ обуславливают грубые диагностические ошибки, имеющие зачастую самые печальные последствия, а именно – от 12% до 16% неоправданных гистерэктомий.

Патогенез развития болевого синдрома при варикозном расширении вен малого таза обусловлен многими факторами, но наиболее значимыми из них являются дилатация вен и сплетений малого таза, снижение венозного кровотока, полнокровие и венозный застой в органах малого таза.

Таким образом, предложенное консервативное лечение, способствующее уменьшению дилатации вен и сплетений малого таза, увеличению венозного кровотока и улучшению венозного дренирования органов малого таза, приводит к купированию болевого синдрома.

Применение препарата Флебодиа в комбинации с комплексом лечебной физкультуры значительно повышает эффективность лечения хронической тазовой боли у женщин с варикозно расширенными венами органов малого таза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза у женщин // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 6. – С. 74-79.
2. Бабаджанова Г.С., Хабибуллаева М.Ф. Диагностика и лечение варикозно расширенных вен малого таза у беременных // Здоровье женщины. – 2009. – № 4 (40). – С. 28-30.
3. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза // Consilium medicum. – 2006. – № 1. – С. 20-23.
4. Гаврилов С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние // Анналы хирургии. – 2003. – № 1. – С. 7-12.
5. Майоров М.В. Синдром хронической тазовой боли в гинекологической практике // Провизор. – 2003. – № 23. – С. 17-19.
6. Озерская И.А. Ультразвуковая диагностика расширения вен малого таза у женщин репродуктивного возраста // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. – № 3. – С. 29-40.
7. Юценко А.Н. Варикозная болезнь органов малого таза: казуистика или распространенная болезнь // Новости медицины и фармакологии. – 2005. – № 9 (169). – С. 14-16.
8. Scuitrus A.H., Villavicencio J.L., Gallepie D.L. The pelvic venous syndromes: analysis of our experience with 57 patients // J.Vasc. Surg. – 2002. – V. 36, № 5. – P. 881-888.

ПОЛІЖИНАКС

Склад: 1 капсула вагінальна містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО.

Фармакотерапевтична група. Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Антибіотики. Ністатин, комбінації. Код АТХ G01A A51.

Показання. Лікування вагініту, спричиненого чутливими до препарату мікроорганізмами, у тому числі:
 - бактеріальний вагініт, спричинений банальною піогенною мікрофлорою;
 - рецидивуючий неспецифічний вагініт;
 - вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*);
 - вагініт, спричинений змішаною інфекцією.

З метою профілактики інфекційних ускладнень Поліжинакс рекомендується застосовувати перед початком будь-якого хірургічного втручання на статевих органах, перед аборт, встановленням внутрішньоматкового засобу, перед і після діатермокоагуляції шийки матки, перед проведенням внутрішньоматкових та внутрішньоуретральних обстежень, перед пологами.

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента (комбінації компонентів) препарату. Через наявність олії соєвої Поліжинакс протипоказаний пацієнтам з алергією до сої та арахісу.

Застосування у період вагітності або годування груддю. У клінічних дослідженнях Поліжинаксу на даний час не було відзначено та не повідомлялося про випадки виникнення вад розвитку або фетотоксичності. Спостере-

жень за вагітністю, що зазнала впливу цього лікарського засобу, недостатньо, щоб виключити будь-який ризик. Тому застосування препарату у період вагітності можливе лише за призначенням лікаря у тих випадках, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода.

Через відсутність даних щодо проникнення препарату у грудне молоко застосування цього препарату слід уникати у період годування груддю.

Спосіб застосування та дози. Дорослим застосовувати інтравагінально ввечері перед сном 1 капсулу на добу. Курс лікування – 12 днів, профілактичний курс – 6 днів. Не слід переривати курс лікування під час менструації.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Іннотера Шузі, Франція/Innothera Chouzy, France.