

Современные взгляды на диагностику и лечение варикозной болезни вен малого таза

Варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ) представляет собой серьезную проблему в практическом акушерстве и гинекологии ввиду высокой распространенности среди женщин репродуктивного возраста (по данным разных авторов – от 5,4 до 80% в зависимости от возрастной группы). Венозная недостаточность, приводящая к тазовой боли в 38-40% случаев, вызывает у 10-12% пациенток временную утрату трудоспособности, правильный диагноз при этом устанавливают лишь у 2% (Н.Е. Хоменко и соавт., 2006). Несмотря на столь высокую распространенность, проблема ВБВМТ остается малоизученной.

Известно, что варикозная трансформация вен малого таза является одной из наиболее частых причин хронической тазовой боли у женщин, тем самым снижая качество жизни пациенток, нередко приводит к формированию тромбозов и тромбозомболий. Другой стороной проблемы является то, что клинический полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений ВБВМТ приводят к ошибочному назначению противовоспалительных, гормональных средств, а в некоторых случаях – и к необоснованному оперативному лечению (А.О. Исламова, 2012). К вариантам течения ВБВМТ относят вульварный и промежностный варикоз и синдром венозного полнокровия малого таза.

Развитие ВБВМТ традиционно связывают с различными факторами риска, которые нарушают венозную гемодинамику и создают благоприятный фон для развития варикозной деформации венозных сосудов. К таким факторам риска относятся: неблагоприятные условия труда (вынужденное положение сидя или стоя в течение рабочего дня, тяжелый физический труд), воспалительные заболевания половых органов, сексуальная дисфункция, избыточная масса тела, многократные беременности и роды, гормональная контрацепция.

Исследования последних лет показывают, что большое значение в развитии варикозной деформации вен имеет дисплазия соединительной ткани. Морфологическим субстратом этого процесса выступает уменьшение содержания некоторых видов коллагена или нарушение соотношения между ними, что приводит к уменьшению прочности соединительной ткани. Определенную роль в этом процессе, очевидно, играют как генетические дефекты коллагена, так и изменения гормонального фона женщины. Также исследователи уделяют все больше внимания воспалительной теории повреждения венозной стенки. По данным Ю.Л. Шевченко (2005), венозный стаз сопровождается расслоением клеточных элементов в русле сосуда: центральным продвижением пула эритроцитов и пристеночным – лейкоцитов. Этот феномен создает условия для стойкой лейкоцитарной адгезии к сосудистой стенке, миграции лейкоцитов в субэндотелиальный слой и развития асептической воспалительной реакции, приводящей в конечном итоге к деструкции коллагеновых волокон. Особое значение этот механизм имеет в лейкоцитарной инфильтрации и повреждении венозных клапанов. При этом поражение соединительной ткани существенно влияет на работу клапанного аппарата в основных венозных коллекторах малого таза. В отличие от вен нижних конечностей венозные сосуды малого таза испытывают недостаток клапанов и их компенсаторные возможности на этапе венозного полнокровия весьма ограничены. В процессе жизни

постепенное накопление неблагоприятных факторов (контрацепция, беременности и роды, физические нагрузки) приводит к постепенному развитию хронического венозного стаза, а затем – к деформации венозного русла и его морфологической перестройке.

Хроническая тазовая боль – наиболее частый синдром в клинической картине ВБВМТ. Под этим термином понимают хроническую боль нециклического характера в области малого таза продолжительностью более 6 мес. По мнению ряда авторов, у 37-40% пациенток причиной хронической тазовой боли является тазовое венозное полнокровие, в то время как другие заболевания реже обуславливают возникновение хронической боли (эндометриоз – 20-25%, хронический сальпингофорит – 10-15%, миома матки – 10-12%, кистозные изменения яичников – 5-6%). Наиболее часто пациентки описывают боль как тупую, ноющую, тянущую, жгучую. Иррадиацию боли в нижние конечности отмечают около 80% женщин, большинство пациенток ощущают тяжесть внизу живота. Отличительной особенностью боли при ВБВМТ является усиление симптомов во второй половине менструального цикла, после статических нагрузок (длительного сидения, стояния), во время и сразу после полового акта (в течение суток), при терапии гестагенами (Н.В. Рымашевский и соавт., 2000). Уменьшение боли отмечается после отдыха пациентки в горизонтальном положении с приподнятыми ногами, а также после приема флеботоников. Примерно у половины пациенток обнаруживают варикозное расширение поверхностных вен в промежности и ягодичных областях. У части женщин отмечаются дизурические расстройства, вызванные полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря.

Важно отметить, что выраженность субъективных болевых ощущений не коррелирует с выраженностью варикозных изменений. Нередко значительную боль испытывают пациентки с умеренно выраженным варикозом яичниковых вен, в то время как у других женщин значительная варикозная деформация может протекать практически бессимптомно. Этот феномен, по-видимому, связан с индивидуальными особенностями архитектоники тазовой венозной системы и порогом болевой чувствительности. Другим объяснением может служить формирование дисфункции нервных окончаний, проводящих путей и центров боли на фоне постоянной болевой импульсации. Согласно современным представлениям о механизмах возникновения хронической боли, сенситизация нейронов, работающих в режиме непрерывной болевой импульсации, приводит к формированию аллодинии – болевым ощущениям в ответ на неболевые стимулы, что объясняет несоответствие между выраженностью варикоза и интенсивностью боли.

Гинекологический осмотр дает возможность выявить варикозно расширенные поверхностные вены промежности; вагинальное исследование у таких пациенток болезненное, стенки влагалища цианотичны; пальпаторно удается обнаружить узелки извитых, поверхностно расположенных вен. Для подтверждения предположительного диагноза проводят ультразвуковое исследование. Совершенство ультразвуковых методик дает возможность получить исчерпывающую информацию о состоянии венозных сосудов и паравазальных тканей, визуализировать как собственно варикозно расширенные венозные сосуды, так и характер кровотока в них. Важно выполнять ультразвуковое исследование в положении лежа в двух модификациях: трансабдоминально (исследуют нижнюю полую, почечные и подвздошные вены, почечный сегмент левой гонадной вены) и трансвагинально (исследуют вены матки, параметрия, яичниковый сегмент гонадных вен) с проведением пробы Вальсальвы. Диагноз ВБВМТ считают подтвержденным при расширении гонадных вен более 5 мм с наличием патологического рефлюкса крови по ним, варикозном расширении вен гроздьевидного и маточного сплетений более 3-4 мм, ретроградного кровотока по ним. Данный метод безопасен для пациента ввиду малой инвазивности и может быть рекомендован в качестве скрининговой методики. Другие методы визуализации венозных сосудов (мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, овариография, тазовая флебография) выполняются по показаниям при подготовке пациентки к хирургическому лечению или в послеоперационном периоде при рецидиве тазовой боли.

Единой классификации ВБВМТ на сегодняшний день не разработано. Однако предложена стадийная классификация, основанная на результатах ультразвукового исследования. Так, первую стадию варикоза констатируют при определении диаметра овариальных вен 5-7 мм, вторую – 8-9 мм, третью – 10-13 мм. При этом двустороннее расширение овариальных вен выявляется у 84,6% пациенток.

Оперативные методы лечения варикозной болезни в гинекологии оправданы при варикозном расширении овариальных вен – овариоварикоцеле, менее травматичной альтернативой операции может служить чрескатетерная эмболизация яичниковых вен. Однако данный метод связан с высоким риском возникновения рецидивов. Медикаментозное лечение хронической венозной недостаточности на фоне ВБВМТ показано пациенткам с латентным течением заболевания любой распространенности, при изолированном поражении внутритазовых венозных сплетений с клинически манифестирующим заболеванием, а также большим в предоперационном периоде и отказавшимся от хирургического лечения.

Исходя из патогенеза заболевания, медикаментозная терапия должна быть направлена на максимальное устранение факторов риска (нормализация массы тела, оптимизация режима труда и отдыха, смена метода контрацепции и т. д.), нормализацию флебогемодинамики, коррекцию нарушений микроциркуляции и лимфооттока, купирование воспалительных реакций, укрепление соединительнотканной стромы сосуда.

Следуя этим задачам, в комплексной терапии ВБВМТ назначают нестероидные противовоспалительные средства на начальном этапе лечения для купирования болевого синдрома, дезагреганты, флеботонические препараты. Последние имеют широкую область применения и являются препаратами первой линии в лечении заболеваний венозной системы. Исследования показывают, что применение курсового флеботропного лечения у больных с локальным варикозным поражением вен матки и параметрия приводит к стойкому купированию болевого синдрома, диспареунии, нормализации менструального цикла.

Среди флеботропных препаратов заслуживает внимания препарат Флебтон («Софарма», Болгария). Этот капилляро- и венотонирующий препарат обладает антиоксидантной и противовоспалительной активностью.

Действующее вещество Флебтона (троксерутин) угнетает фермент гиалуронидазу, тем самым на молекулярном уровне увеличивая прочность соединительнотканной стромы венозной стенки и препятствуя ее дальнейшей варикозной трансформации. Препарат уменьшает проницаемость и ломкость капилляров, предотвращает повреждение базальной мембраны эндотелиоцитов, оказывает мембраностабилизирующее действие, предотвращая окисление гиалуроновой и аскорбиновой кислот в составе клеточной оболочки. Флебтон предотвращает перекисное окисление липидов, препятствуя полимеризации и агрегации белков и липидов в мембране и повышая ферментативную активность клеток.

Таким образом, ВБВМТ представляет собой значимую и все еще недостаточно изученную проблему современной гинекологии. Хроническая тазовая боль, сопровождающаяся синдромом венозного тазового полнокровия, значительно снижает качество жизни, отрицательно сказываясь на повседневной активности, сексуальной сфере, психоэмоциональном состоянии женщины. Среди патогенетических лекарственных средств особое внимание уделяется флеботропным препаратам. Флебтон может быть рекомендован для курсового приема в качестве препарата первой линии в режиме по 1 капсуле 2 р/сут пациенткам с ВБВМТ различной распространенности. Курсовое применение данного препарата дает возможность добиться регресса симптомов венозной недостаточности, а также рекомендуется с целью профилактики прогрессирования заболевания у женщин с начальными стадиями тазового варикоза и бессимптомным его течением.

Подготовила Мария Маковецкая