

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И ВЕНОЗНЫЙ КОНГЕСТИВНЫЙ СИНДРОМ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

<http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2017.38.42-52>



А.Н. ГРИГОРЕНКО

д. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Центр эндхирургии «ИННОМЕД», г. Винница
ORCID: 0000-0002-8843-9995

А.Б. ГОРДИЙЧУК

к. мед. н.
ORCID: 0000-0001-8588-7525

Контакты:

Григоренко Андрей Николаевич
Клиника «Инномед»,
центр эндхирургии
21029, Винница
Хмельницкое шоссе, 96
тел.: +38 (0432) 50 80 50
e-mail: info@innomed.com.ua

ВВЕДЕНИЕ

Варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) – интересная междисциплинарная проблема. От понимания механизмов развития данного состояния зависит принятие решения в различных клинических ситуациях. Ошибки в ведении женщин с этим заболеванием могут приводить к длительному нарушению качества жизни, ненужным и неоправданным назначениям и рекомендациям или даже к серьезным последствиям.

Существуют отличия в ведении женщин только с ВРВМТ и при сочетании варикозного расширения вен (ВРВ) и его последствий, а именно при сочетании ВРВ и варикозного тромбоза или венозного (тазового) конгестивного синдрома (Pelvic Congestion Syndrome, PCS) (тазовый венозный стаз, синдром тазового венозного полнокровия, овариоцеле и др.). Определение «конгестия» (congestia; лат. *congestus* – полный, набитый) означает ненормальное, повышенное накопление крови в каком-либо органе.

Трудности в дифференциальном подходе к этим состояниям (только ВРВ и ВРВ в сочетании с конгестивным синдромом) заложены и в отсутствии удобной классификации данных заболеваний по МКБ 10, поскольку там нет отражения полной клинической ситуации:

I86.2 ВРВ таза (дальнейшей детализации в МКБ 10 нет, и это одна из сложностей в статистическом мониторинге, анализе данных и выработке дифференциального подхода к ведению пациентов с ВРВ малого таза).

I86.3 ВРВ вульвы.

I83 ВРВ нижних конечностей.

● **I83.0** ВРВ нижних конечностей с язвой.

● **I83.1** ВРВ нижних конечностей с воспалением.

● **I83.2** ВРВ нижних конечностей с язвой и воспалением.

● **I83.9** ВРВ нижних конечностей без язвы или воспаления.

I84 Геморрой (с дальнейшей детализацией от I84.0 до I84.9).

Нарушение венозного оттока от органов малого таза вполне может оказаться следствием хронической венозной недостаточности (ХВН). Этот синдром зашифрован в МКБ под кодом I87.2 и объединяет события, развивающиеся вследствие застоя крови в поверхностных и/или глубоких венах нижних конечностей.

Чаще всего ХВН связывают с варикозной или посттромбофлебической болезнью, реже – с врожденными аномалиями, например, с отсутствием клапанного аппарата, и травматическими повреждениями.

По другим классификациям к хроническим заболеваниям вен относят варикозную (первичное ВРВ) и посттромботическую болезни, ретикулярный варикоз и телеангиэктазии, венозные мальформации и функциональную венозную недостаточность (флебопатии, класс C05). В англоязычной литературе варикозная болезнь и хроническое заболевание вен являются практически синонимами. Распространенность варикозной болезни среди женщин очень высока – от 1 до 60% [1], однако ВРВМТ не является исключительно женской патологией. Аналогичные патогенетические механизмы имеют варикоцеле (ВРВ семенного канатика) и хронический геморрой.

ВРВМТ – все еще недостаточно изученная проблема, поэтому ее нередко называют «заболевание-призрак». Одни специалисты фиксируют ВРВМТ малого таза, другие его не находят, третьи говорят, что данное состояние встречается у большинства рожавших женщин и является физиологическим. Вместе с тем это состояние довольно заметно и ощутимо женщинами, особенно при развитии венозной конгестии, которая часто сопровождается хронической тазовой болью с безуспешным длительным лечением гормональными препаратами и нестероидными противовоспалительными средствами или дисфункцией яичника (недостаточность лютеиновой фазы, ановуляция, альгодисменорея и другие нарушения менструального цикла (МЦ), поликистозные яичники или их функциональные кисты, аномальные маточные кровотечения и многие другие проявления). В медицинском бюллетене клиники Мэйо (Mayo Clinic, США, одно из крупнейших мировых объединений многопрофильных общественных клиник, научно-исследовательских институтов и лабораторий – прим. ред.) за 1999 г. отмечается, что болевой синдром на фоне ВРВМТ является основной причиной обращения к гинекологам в 10–20% случаев. При этом правильный диагноз ставят лишь в 2% случаев. Следствие диагностических ошибок – от 12 до 16% неоправданных гистерэктомий [2].

Прямая связь между ВРВМТ и бесплодием не доказана. Возможно, это связано с тем, что варикозная конгестия чаще всего возникает у женщин старше 30–40 лет, после одних или двух родов, когда речь о бесплодии уже не идет. Не исключено, что она прослеживается в том случае, когда конгестия развивается в молодом возрасте на фоне врожденной дисплазии соединительной ткани или на фоне измененной анатомии расположения сосудов (наличие т. н. «аорто-мезентериального пинцета», когда длительно нарушен венозный отток и развиваются гипоксические изменения в ткани яичника) (рис. 1). Итак, теоретически эти риски могут иметь место при венозной конгестии на фоне отягощенного анамнеза или другой клинической ситуации, например, развивающейся дисфункции яичников. Варикозная конгестия и бесплодие – вопрос, требующий дальнейшего серьезного изучения. В данном направлении ведутся исследования, однако их число пока невелико. Так, например, установлено, что при ВРВ таза у животных нарушается синтез ДНК ооцитов, что влияет на их качество [3].

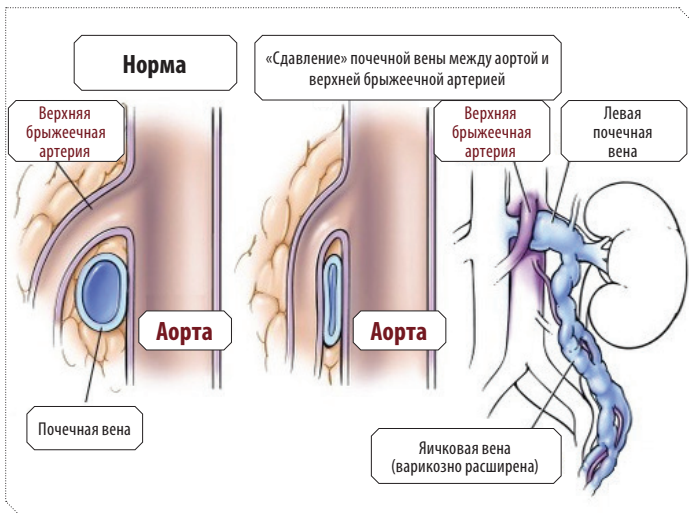


Рисунок 1. Аорто-мезентериальный пинцет

Поскольку на определение причинно-следственных связей могут уйти годы, сегодня особенно актуальны усовершенствование методов диагностики и упрощение подходов на фоне выработки единых стандартов ведения женщин с клиническими проявлениями дисфункции яичников и ВРВМТ, особенно нерожавших. Эти женщины либо длительное время не обращаются к гинекологам, поскольку их ничего не беспокоит, или наоборот, постоянно обращаются с жалобами различного характера – от частых рецидивирующих кольпитов до разных проявлений нарушений МЦ и формирования синдрома хронической тазовой боли. Поэтому оказание своевременной помощи если и не будет профилактикой бесплодия, в любом случае положительно повлияет на качество их жизни.

Известно, что своевременная адекватная стратегия в ведении женщин этой категории в подавляющем большинстве случаев (70–90%) приводит к уменьшению симптомов хронической тазовой боли, и в некоторых случаях – к коррекции проявлений дисфункции яични-

ков [4, 5]. ВРВМТ с формированием тазового венозного полнокровия (PCS) или без него – это такая же реальность, как лейомиома матки и эндометриоз [6], которая требует выработки алгоритмов и стандартов в ведении данных пациентов.

Итак, ВРВМТ и венозный конгестивный синдром – это разные состояния, требующие дифференцированного подхода и понимания механизмов их развития и последствий.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Венозный аппарат малого таза у женщин анатомически, физиологически и генетически предрасположен к значительной дилатации сосудов в определенные периоды жизни, например, во время беременности и родов. Маточные и яичниковые вены – основные сосуды, которые собирают венозную кровь от внутренних половых органов и промежности. Это маточные вены, впадающие в подчревную вену, снабженную клапанами (точно так же, как и общая подвздошная вена), и дополнительно вены яичников (с частичным клапанным аппаратом), впадающие несимметрично: справа – в нижнюю полую вену, а слева – в почечную (рис. 2). Общая протяженность сети артериальных сосудов в несколько раз меньше сети венозных, имеющих соответственно большую емкость, которая во время гестации может увеличиться в 60 раз за счет варикозного расширения и клапанной недостаточности [7]. У некоторых женщин тазовые вены вообще лишены клапанов (у 6–15% слева, у 6% – справа), их адвентиция слабо прикреплена к окружающей соединительной ткани, а также наблюдается врожденная некомпетентность клапанов у 41% пациенток слева и 46% справа. Некомпетентные клапаны и увеличенный диаметр вены чаще встречаются у женщин, особенно многоплодных, и частота заболеваемости более высока по сравнению с мужчинами [8]. ВРВМТ не обязательно сочетается с ВРВ промежности и нижних конечностей. Однако маточное венозное сплетение широко анастомозирует с мочепузырным и прямокишечным венозными сплетениями, а также с гроздевидным сплетением яичника (рис. 2): именно эта особенность и обуславливает специфическую симптоматику, возникающую при венозном застое в малом тазу. Следует подчеркнуть, что разделение на ВРВ промежности и вульвы и на синдром тазового венозного полнокровия (венозный конгестивный синдром) достаточно условно, так как более чем в 50% случаев ВРВ промежности и вульвы способствует формированию нарушения оттока из малого таза, и наоборот. Именно недостаточность клапанного аппарата, особенно на фоне анатомических особенностей и факторов риска, и объясняет ВРВМТ с последующей конгестией.

Основными факторами риска развития ВРВМТ для женщин являются:

- Беременность (в этот период наблюдается сочетание многих факторов: преобладание прогестерона, нарушение оттока венозной крови за счет увеличенной матки и веса ребенка, увеличение кровотока и подготовка к родам, наличие фетоплацентарного кровотока). Объем циркулирующей крови на поздних сроках беремен-

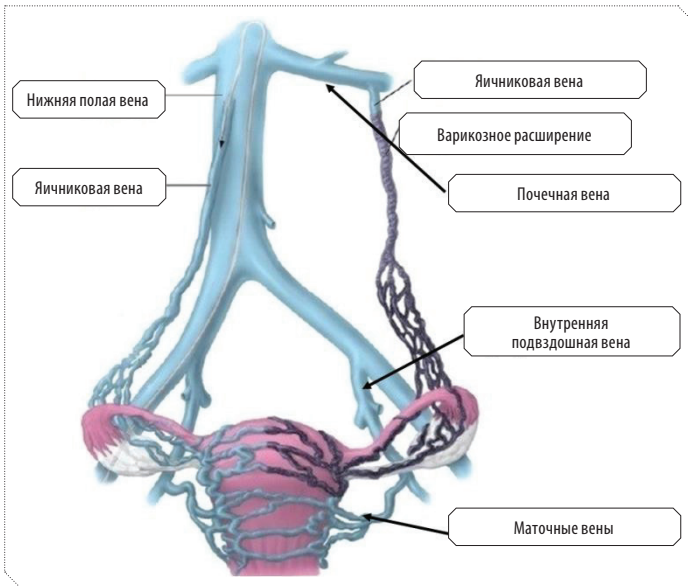


Рисунок 2. Вены таза, маточное венозное сплетение

ности возрастает на 15%, что приводит к увеличению нагрузки на венозную систему и, в частности, на легко растяжимые тазовые вены с тонкими стенками, слабо-выраженной мышечной оболочкой и малым количеством клапанов. Можно предположить, что эти механизмы заложены самой природой и связаны с беременностью. ВРВ довольно редко встречается у женщин, которые не были беременны, а его частота наиболее высока среди женщин с двумя и более беременностями. ВРВ, впервые развившееся во время беременности, часто регрессирует после родов, однако у некоторых женщин этого не происходит.

- 🔴 Гормональные нарушения: как эстрогены, так и прогестерон могут вызывать дилатацию вен и нарушение венозного оттока. Для тонуса вен особенно нежелательны частые циклические колебания гормонов, частые нарушения соотношения между ними (абсолютное или относительное преобладание прогестерона и эстрогенов), следствием чего является выброс простагландинов и нежелательные последствия их действия на сосуды.
- 🔴 Загиб матки (ретрофлексия матки, когда из-за перегиба ее широкой связки нарушается анатомически венозный отток).
- 🔴 Дисплазия соединительной ткани (нарушение тонуса и иннервации сосудов, отсутствие клапанного аппарата или его врожденная несостоятельность).
- 🔴 Семейный анамнез.

Подводя промежуточный итог, необходимо отметить, что ВРВМТ и тазовый конгестивный синдром – это разные состояния, так как они имеют разные клинические проявления и последствия. Незначительное ВРВМТ без клинических симптомов, без развития конгестивного синдрома (венозного полнокровия), без венозной недостаточности, без регургитации в основных венозных коллекторах (яичниковые вены, внутренняя подвздошная вена, левая почечная вена) – это процесс, который не требует хирургического вмешательства и имеет благоприятное течение на данный период времени.

ТАЗОВЫЙ КОНГЕСТИВНЫЙ СИНДРОМ (PCS)

Истинная частота распространения этого синдрома неизвестна. Полиморфизм клинических проявлений и несовершенство диагностики маскируют его под различные формы гинекологической (воспалительные заболевания матки и ее придатков, эндометриоз), урологической (цистит), хирургической (колит, болезнь Крона и др.) и даже ортопедической (заболевания тазобедренного сустава) патологии.

Группа итальянских врачей провела трансвагинальную ультразвусонографию 4000 женщин, жаловавшихся на боль в нижних отделах живота. В результате в 4% наблюдений был выявлен синдром венозного полнокровия малого таза, связанный с рефлюксом крови по гонадным венам, что было подтверждено рентгеноконтрастной флебографией [2].

PCS – это не только ВРВМТ, но и нарушение венозного кровотока, уменьшение скорости кровотока и обратный кровоток/рефлюкс в результате несостоятельности клапанного аппарата (в яичниковых венах, во внутренней подвздошной, левой почечной вене) (рис. 3, 4).

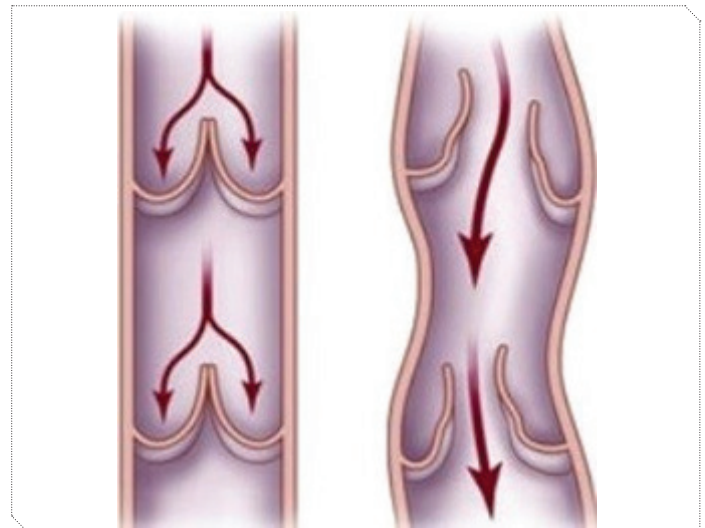


Рисунок 3. Клапанный аппарат вены

Норма (слева). Патология (справа).

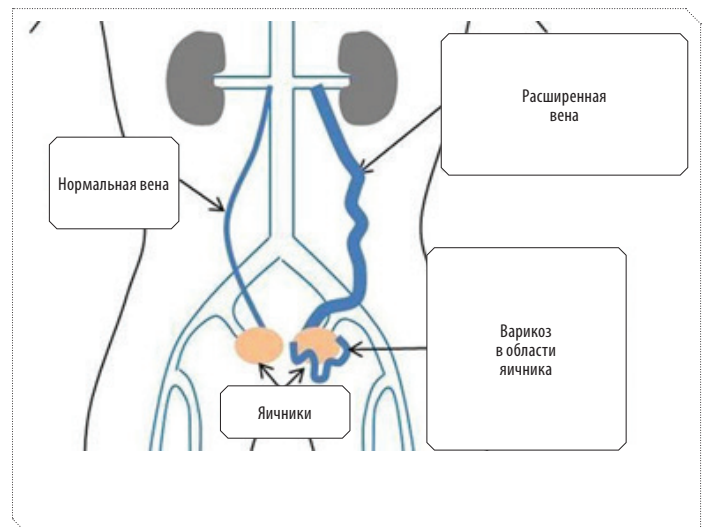


Рисунок 4. PCS и пути «сброса» венозной крови в результате несостоятельности клапанного аппарата

В связи с анатомическими и физиологическими особенностями расширение тазовых венозных сплетений с конгестивным синдромом может быть обусловлено двумя причинами:

1. Вследствие нарушения путей оттока венозной крови или из-за непроходимости какой-либо вены яичника.
2. Любое увеличение внутрисосудистого давления, не контролируемое венозным тонусом на уровне таза.

Симптомы венозного полнокровия малого таза

Конгестивный синдром вен малого таза в большинстве случаев развивается у рожавших женщин после 30 лет (очень часто имеющих 2 родов в анамнезе). В данном случае это связано с прогрессированием ВРВМТ за счет формирования недостаточности клапанного аппарата и развития венозного полнокровия с рефлюксным током крови. **Клапанная недостаточность именно яичниковых вен приводит к сбросу крови и повышению давления в венозных сплетениях малого таза.**

У некоторых женщин отмечается ВРВ промежности, нижних конечностей и ягодиц, однако это не обязательный признак PCS. Частым симптомом является боль в области таза, верхней части бедра или нижней части спины, которая обычно описывается как тяжелая или тупая, продолжительностью больше 6 месяцев. Женщины жалуются на дискомфорт, боль с тенденцией к усилению на протяжении дня и после стояния или сидения в течение длительных периодов времени. В лежачем положении боль уменьшается. Она также может возникать во время полового акта и в течение некоторого времени после него. Кроме того, боль может усиливаться до и во время менструации. Первоначально при венозном полнокровии появляется только дискомфорт и болезненные и/или обильные менструации с изменением их периодичности.

PCS сочетается с мультифолликулярными или поликистозными яичниками, также могут наблюдаться фолликулярные кисты яичников. Не установлено, что является причиной, а что – следствием: варикозное полнокровие вен малого таза или «кистозное изменение» яичников [9].

Так как венозные сплетения связаны между собой, варикозно расширенные вены с конгестией в тазу также могут сопровождаться частыми позывами к мочеиспусканию. Дизурические расстройства связаны с полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря.

Кроме того, у женщин, страдающих хронической тазовой болью, связанной с тазовым венозным полнокровием, может развиваться депрессия и/или беспокойство. Невозможность вести привычный образ жизни, обусловленные нарушением сексуальных отношений конфликты в семье серьезно ухудшают психосоматическое состояние больных женщин.

Однако развитие конгестивного венозного синдрома на фоне ВРВМТ может наблюдаться и у молодых нерожавших женщин. Это связано с ангиовенозной дисплазией, анатомическими особенностями строения сосудов, например, аорто-мезентериальным пинцетом. В юном возрасте чаще встречаются бессимптомные формы заболевания, при которых органические изменения в венозной системе мало-

го таза диагностируют лишь при дополнительных методах исследования. Частым и порой единственным симптомом венозного конгестивного синдрома у подростков могут быть обильные слизистые выделения из половых путей, что нередко приводит к необоснованному длительному и, как правило, безуспешному лечению вульвовагинита или выраженной альгодисменорее [10].

Обращаем внимание, что иногда отсутствие четкой симптоматики ставит врача в тупик, особенно если при традиционных методах обследования какую-либо патологию органов малого таза выявить не удастся. В таких случаях многообразие жалоб считают психоневрологическими нарушениями, а пациенток направляют на лечение к психиатру или сексопатологу без оказания патогенетического лечения. На самом деле это может оказаться ВРВМТ с тазовым конгестивным синдромом, что только подчеркивает важность диагностики данного состояния.

Варикоз и гормоны

Причиной ВРВМТ могут быть как обладающие вазодилатирующим эффектом эстрогены, так и прогестерон, который также в определенных концентрациях оказывает подобный эффект.

Существует много примеров гормонального влияния на тонус сосудов. Например, расширение вен на фоне повышенного влияния прогестерона во время беременности, изменение тонуса сосудов перед менструацией или в период овуляции как результат увеличения выработки простагландинов вследствие гормональных колебаний [6].

Влияние комбинированной оральной контрацепции (КОК) неоднозначно (в некоторых публикациях указывается, что прием оральных контрацептивов способствует развитию ВРВМТ, в других это не упоминается среди факторов риска). В доступных обзорах за последние 3 года нам не удалось найти публикаций, в которых прослеживается прямая связь между применением современных КОК и развитием ВРВМТ. Упоминание о КОК как факторе риска развития ВРВМТ встречается в более ранних публикациях, когда использовались многофазные КОК или контрацептивы, содержащие 35 и более мкг этинилэстрадиола. Другими словами, эта связь была возможна за счет повышенного содержания эстрогенов (их значительного преобладания над прогестероном), а также колебаниями их концентрации на протяжении цикла.

Со временем КОК изменились:

- в современных КОК содержание этинилэстрадиола меньше 35 мкг (кроме контрацептивов с ципротерона ацетатом, которые содержат 35 мкг этинилэстрадиола);
- в современных оральных контрацептивах в каждой таблетке одинаковое количество гормонов (за исключением Три-Регола и Клайры), что обеспечивает постоянную низкую концентрацию эстрогенов в крови, соответствующую ранней пролиферативной фазе МЦ.

Именно поэтому современные КОК имеют меньшие риски ВРВМТ, чем гормонозависимые гинекологические заболевания, при которых отмечаются колебания эстрогенов и прогестерона, и, как следствие, нарушение их соотношения. Безопасность применения КОК при ВРВМТ подтверж-

дена рекомендаціями преемственности методов контрацепции (ВОЗ, 2015). Согласно данным рекомендациям, при варикозе поверхностных вен КОК назначать можно, так как они имеют критерий безопасности 1 (т. е. этот метод безопасен при данном заболевании и КОК назначаются без ограничений). Противопоказанием является только тромбоз глубоких вен.

Таким образом, воздействие гормонов на вены малого таза – это сложный процесс, который зависит от многих факторов. Поэтому в этом вопросе особенно важно разграничивать состояния ВРВМТ и PCS.

Диагностика

К сожалению, иногда ВРВМТ довольно трудно диагностировать. Резкий всплеск частоты установления диагноза женщинам отмечается в возрасте 40–49 лет [6]. Это связано с недостаточным вниманием врачей во время диагностики в молодом возрасте на начальных этапах формирования ВРВ. Диагноз тазовой венозной конгестии устанавливается чаще всего при целенаправленном поиске или при наличии симптомов.

Сначала у женщин могут выявляться другие заболевания, такие как эндометриоз, миома, пролапс или недержание мочи, которые имеют сходные симптомы с данной патологией. Диагноз конгестии вен малого таза очень часто можно заподозрить при наличии гинекологических симптомов, таких как нарушение МЦ, альгодисменорея, частые рецидивирующие кольпиты, хроническая тазовая боль, диспареуния, частые циститы без особой на то причины. Кроме того, рекомендуется заподозрить наличие венозного конгестивного синдрома при наличии хронической тазовой боли в отсутствие гинекологической патологии. Поэтому из-за схожести клинической картины ВРВМТ и основных гинекологических заболеваний необходимо выработать наиболее информативные и экономически обоснованные методы обследования.

Если подозреваются тазовые варикозные вены, первым диагностическим тестом обычно является ультразвук. Современная УЗ техника может оценивать кровоток в различных венах. Для исследования кровотока в венах также может быть проведена лапароскопия, венография в сочетании с КТ или МРТ.

УЗ и другие методы исследования

Ультразвуковое дуплексное сканирование позволяет не только получить объективную информацию о состоянии магистральных сосудов и венозных сплетений брюшинного пространства, но и выявить органическую патологию органов малого таза.

Вместе с тем в УЗ диагностике существуют определенные трудности:

- ❖ диаметр вен может значительно изменяться в зависимости от положения тела, особенностей водно-солевого обмена и даже эмоционального состояния пациентки;
- ❖ наличие физиологической веноэктазии без клапанной недостаточности у рожавших женщин;
- ❖ УЗ диагностика проводится без использования доплерографии;

- ❖ отсутствие стандартизированной методики во время диагностики;

- ❖ использование при диагностике недостаточно информативной классификации ВРВ именно для УЗ диагностики с доплерометрией, когда выделяют 3 степени выраженности ВРВМТ с учетом диаметра и локализации венозной эктазии:

1 степень – дилатированные сосуды имеют диаметр до 0,5 см и извитой ход, поражение может затрагивать любое из венозных сплетений малого таза;

2 степень – дилатированные сосуды имеют диаметр 0,6–1 см, поражение может носить тотальный характер или затрагивать яичниковое сплетение, параметральные вены, аркуатные вены миометрия;

3 степень – дилатированные сосуды имеют диаметр более 1 см при варикозе тотального или магистрального типа (параметральная локализация).

В результате такой оценки вен малого таза, когда в первую очередь оцениваются вены тазового венозного сплетения (*Plexus venosus pelvis*) (рис. 5), в них трудно доплерометрически определить особенности кровотока, в частности, из-за близкого расположения сосудов.

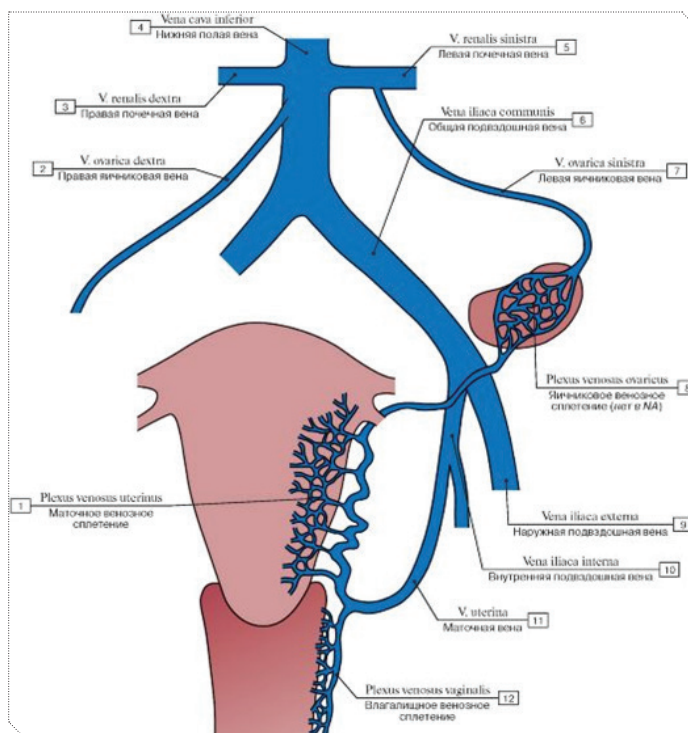


Рисунок 5. Особенности оценки вен малого таза при УЗ исследовании в зависимости от особенностей кровотока («сброса») в них

Поэтому оптимизация методов УЗ диагностики является основной задачей в настоящее время. Среди публикаций по данному вопросу особый интерес представляют рекомендации S. Mark и P. Whiteley 2017 г. [11], а также предыдущие публикации этих авторов за последние 4 года.

Итак, при УЗ дуплексном сканировании необходимо определить:

- ❖ какие венозные сосуды изучать в первую очередь;
- ❖ какие параметры оценивать.

Какие венозные сосуды изучать в первую очередь?

Очень удобно и просто выделять «территории вен»: яичниковых, левой внутренней подвздошной, левой почечной [11].

«Территория яичниковой вены»: есть данные, что ВРВ яичников наблюдается у 10% женского населения в целом [12], а в пределах этой группы у 60% может развиваться PCS [13]. Поскольку при варикозном расширении именно яичниковых вен в большинстве случаев наблюдается конгестивный синдром, и отток от вен матки осуществляется в яичниковые вены, начинать осмотр необходимо с них.

«Территория внутренней подвздошной вены»: после того как оценена левая яичниковая вена, технически удобно осмотреть внутреннюю подвздошную вену, в которую также идет обратный сброс крови в результате несостоятельности других вен (закупорка, расширение вен или несостоятельность клапанов).

«Территория левой почечной вены»: на финальном этапе можно провести осмотр левой почечной вены, позволяющий оценить особенности кровотока в результате расширения левой вены яичника или наличия аорто-мезентериального пинцета, который всегда сопровождается венозной конгестией.

Существует два четких критерия, которые необходимо учитывать при объективном измерении анатомических аномалий, которые могут привести к варикозному конгестивному синдрому с рефлюксом. Во-первых, количество основных венозных стволов с рефлюксом. Во-вторых, наличие варикозно расширенных вен, степень их расширения и размеры.

Итак, выделение понятия «территория вены», позволяет ответить на вопрос, сколько из основных венозных стволов имеют рефлюкс. Таким образом, можно выделить зону яичниковых вен и внутренних подвздошных для определения рефлюкса на одну, две, три или четыре территории. Это простая и экономически обоснованная процедура, проводящаяся с помощью трансвагинального дуплексного УЗИ.

Количество и обширность варикозно расширенных вен будет влиять на количество крови, которое и определяет рефлюкс. Этот фактор необходимо учесть, однако помнить, что он является косвенным и субъективным. Поскольку в настоящее время отсутствуют четкие методы измерения, которые бы точно определили это количество, необходимо принимать решение об отсутствии рефлюкса, наличии легкого, умеренного или тяжелого рефлюкса в каждой из венозных территорий. В настоящее время это оптимальный способ оценки количества рефлюкса и, следовательно, потенциала всех притоков на каждой территории [11].

Таким образом, если варикозное расширение с рефлюксом или без наблюдается в яичниковых венах, левой подвздошной и почечной венах, то оно будет и в других венозных сплетениях, например, маточном, пузырном, влагалищном, а также в маточной вене, которая впадает во внутренние подвздошные вены. Поэтому оценка именно этих венозных сосудов является наиболее информативной и экономит время при исследовании.

Какие параметры оценивать и чего мы хотим достичь с помощью трансвагинального дуплексного УЗИ?

Необходимо оценить степень расширения венозных сосудов. Овариальные вены вблизи их входа в почечную вену имеют следующие размеры: 3,8 мм с компетентным клапаном и 7,5 мм с некомпетентным клапаном. Верхним пределом нормы считается 5 мм, при этом правый сосуд немного больше, чем левый.

Методики УЗ дуплексного сканирования и цветного доплеровского картирования вен позволяют выявить следующие критерии заболевания:

- увеличение диаметра яичниковых вен до 4–6 мм и более;
- наличие тазового варикоцеле более 5 мм в диаметре с ретроградным током крови;
- замедление кровотока в венах малого таза до 3 см/с;
- расширение дугообразных вен миометрия до более 5 мм в диаметре [6].

Необходимо помнить, что диаметры овариальных вен не коррелируют с рефлюксом, поэтому учитывать только диаметр вен нельзя [14].

С помощью трансвагинального дуплексного УЗИ можно разделить пациентов с варикозным расширением основных венозных территорий на две категории:

- без рефлюкса (без конгестивного синдрома), есть только варикозное расширение яичниковых, почечных вен, внутренней подвздошной вены;
- рефлюкс определяется, и развился тазовый конгестивный синдром с рефлюксом (PCS-R). Необходимо обязательно определить наличие рефлюкса и зоны, в которых он наблюдается. Рефлюкс, как правило, сопровождает PCS, однако могут фиксироваться и варианты изолированного рефлюкса, при котором отсутствуют какие-либо симптомы [11].

Проблемы при УЗ диагностике и пути их решения

Существуют две основные проблемы, с которыми специалисты сталкиваются при УЗ диагностике:

- диаметр вен, а также характер рефлюкса (наличие или отсутствие) может значительно изменяться в зависимости от положения тела;
- нет корреляции между размером вен и наличием рефлюкса.

Поэтому при проведении вагинального УЗИ необходимо применять следующие технические приемы:

- сочетание традиционной и трансвагинальной ультразвукографии является наиболее эффективным. Эффективно применение абдоминального УЗИ только с доплером, и только у худых пациенток (однако основным методом исследования остается вагинальный метод с доплерометрией);
- у всех пациенток, которым проводится УЗИ, должна применяться доплерометрия;
- в случае трансабдоминального УЗИ за 1 ч до него пациентке предлагают выпить 1 л воды, чтобы наполнить мочевой пузырь. Сканирование выполняют в поперечной плоскости датчиком с частотой 3,5–7,0 МГц, который помещают сразу над лонным сочленением. После осмотра матки и ее придатков в серошкальном режиме целесообразно использовать опцию цветового картирования. При трансабдоминальном ангиосканировании удается

визуализировать стволы яичниковых вен, которые сливаются справа непосредственно с нижней полой веной, а слева – с почечной. Именно поэтому правую яичниковую вену целесообразно исследовать в положении пациентки на левом боку, а левую – в положении на спине или на правом боку. Выявить клапанную недостаточность этих вен можно при форсировании дыхания или выполнении пробы Вальсальвы – при этом происходит усиление кровотока и изменение его цвета, что свидетельствует о появлении рефлюксных потоков крови. Сканирование пациентов в положении «вверх» на 45° с пробой Вальсальвы позволяет эффективно наблюдать гравитационный рефлюкс.

При трансабдоминальном ангиосканировании визуализация рефлюкса затруднена, поскольку выполнение пробы сопровождается движением передней брюшной стенки и изменением положения датчика. Целесообразно применение влагалищного датчика, который расширяет диагностические возможности УЗ исследования: во-первых, при таком способе сканирования не требуется наполнения мочевого пузыря, во-вторых, результаты исследования становятся более достоверными, особенно у тучных пациентов [10, 15].

Таким образом, в настоящее время нет приемлемого «золотого стандарта» для диагностики рефлюкса тазовых вен. При оценке рефлюкса им может быть трансвагинальная дуплексная ультрасонография [16].

Лапароскопические методы для диагностики используют только в том случае, когда ультразвуковая дифференциальная диагностика затруднительна, или при подозрении на гинекологическую патологию, когда при ее наличии лапароскопия будет выполнена как с лечебной, так и диагностической целью.

Лапароскопия

Лапароскопия позволяет с высокой результативностью визуализировать очаги эндометриоза и новообразования и попутно устранить варикозно расширенные вены. Необходимо помнить, что при лапароскопии и диагностический осмотр, и удаление вен осуществляется, когда верхняя часть туловища пациентки несколько выше нижней, что позволяет сократить количество ложноотрицательных результатов исследования, которые обусловлены спаданием вен при увеличении венозного притока крови по нижней полой вене в положении Тренделенбурга. Лапароскопический осмотр органов малого таза также проводится до инсуффляции CO₂, что повышает вероятность «поймать» расширенные вены. Среди трудностей при лапароскопии – вероятность отсутствия визуального доступа к любым венам, которые находятся за брюшиной или лежат глубже в области таза, особенно при наличии жировой ткани, а также отсутствие диагностических критериев, которые можно использовать лапароскопически для оценки ВРВ таза с конгестией. Таким образом, лапароскопическая диагностика может применяться для определения ВРВМТ, но не может быть использована для определения венозного конгестивного синдрома [17].

Вместе с тем, даже при соблюдении всех рекомендаций чувствительность вышеперечисленных методов, равно как

КТ и МРТ, в диагностике ВРВМТ достаточно низка и составляет 59% для МРТ, 40% для лапароскопии, 20% для УЗИ и 13% для КТ [6]. Однако, как отмечалось выше, информативность УЗ диагностики можно повысить и считать ее «золотым стандартом» неинвазивных методов диагностики [11].

Таким образом, отрицательные результаты указанного диагностического поиска не означают достоверного отсутствия тазовой веноконгестии. В этом случае на помощь может прийти проверенный десятилетиями метод флебографии (в том числе чрезматочной, когда контраст вводят непосредственно в миометрий).

Флебография

Флебография сейчас используется одновременно как с диагностической, так и лечебной целью после проведенного качественного УЗИ. Выбор между флебографией и лапароскопией будет зависеть не только от наличия или отсутствия венозного конгестивного синдрома, но и от клинической ситуации, характера сопутствующего гинекологического заболевания (особенно это актуально для эндометриоза и хронической тазовой боли). Ожидаемыми находками здесь будут расширенные до 5 мм и более овариальные вены с ретроградным током крови в них при проведении пробы Вальсальвы (задержка дыхания на вдохе), замедленное выведение контраста и дилатация вульвоперинеальных и бедренных вен [6]. Ценность чрезматочной флебографии заключается в возможности изучить состояние венозной системы матки и придатков, установить функциональную способность клапанной системы, выявить особенности венозного кровотока на серийных флебограммах, определить месторасположение тромбов при тромбофлебитах и флелотромбозах, оценить состояние венозных сплетений, изучить анатомо-топографические особенности конгестии, оценить протяженность и состояние венозных анастомозов.

Основной задачей диагностики является определение не только наличия ВРВМТ, но и наличия или отсутствия PCS и тромбоза вен. Разграничение на этапе диагностики простого ВРВМТ и ВРВМТ с конгестией позволяет определиться с тактикой лечения и при необходимости выбрать правильный путь лечения сопутствующего гинекологического заболевания. Кроме того, это очень существенно при выборе метода контрацепции, так как для этой категории пациенток особенно важно качество сексуальной жизни и планирование желанной беременности, поскольку они находятся в группе риска по развитию диспареунии и хронической тазовой боли.

Лечение

В доступной медицинской литературе нет четких указаний, когда следует использовать консервативные, медикаментозные и оперативные методы лечения. Основные усилия направлены на купирование хронической тазовой боли. Предложены разнообразные методы лечения: от лечебной гимнастики и психотерапии до реконструктивных операций на тазовых венозных магистральных, левой почечной вене. Несмотря на значительную вариабельность результатов эндоваскулярной эмболизации гонадных вен

(купирование боли в 47–100% случаев), подавляющее количество публикаций посвящено именно этой лечебной тактике [18].

Можно определиться с методами лечения и избежать длительного необоснованного назначения различных препаратов (особенно гормональных, которые будут маскировать или ухудшать течение заболевания) в том случае, если выделять следующие группы женщин:

- с ВРВМТ без конгестии;
- с ВРВМТ с конгестией и рефлюксом.

Женщинам с ВРВМТ с конгестией и рефлюксом, т. е. когда определяется расширение яичниковых вен больше 5–6 мм и присутствуют признаки рефлюкса и венозной конгестии, необходимо проводить малоинвазивное или хирургическое лечение (эмболизация, склерозирование) или лапароскопию при наличии сопутствующей гинекологической патологии.

Эмболизация вен является нехирургической процедурой и может проводиться под местной анестезией, что удобно для пациентов. У некоторых женщин наблюдается значительное снижение симптомов боли после эмболизации, в то время как у других симптомы могут сохраняться, что требует дальнейшего комплексного подхода к лечению (лапароскопия и медикаментозные методы терапии).

Женщинам с ВРВМТ без конгестии, т. е. при ВРВ без регургитации и венозной конгестии, будет рекомендована медикаментозная терапия и компрессионный трикотаж (колготки или трусы 2 класса компрессии). Необходимо помнить, что большая часть женщин имеет расширенные тазовые вены и нуждается только в профилактике [19, 20].

Рациональное использование различных нехирургических способов лечения у пациенток с изолированным расширением маточных и параметральных вен позволяет избавиться их от PCS, существенно повысить качество жизни и социальную активность [18]. Первоначальные методы лечения могут также включать препараты для снятия боли и/или оральные противозачаточные таблетки. КОК для лечения ВРВМТ не используют (наиболее распространенным методом терапии является эмболизация и применение специфических медикаментозных препаратов).

В то же время существует необходимость назначения КОК для лечения сопутствующих гинекологических заболеваний или с целью контрацепции. КОК назначают для снижения частоты менструации, которая может уменьшить симптомы альгодисменореи [21].

КОК, прогестины и ВРВМТ

Диагноз ВРВМТ и PCS продолжает бросать вызов всем врачам, особенно тем, кто занимается эндометриозом, хронической тазовой болью, нарушениями МЦ и другими гинекологическими заболеваниями. Очень часто возникает необходимость в назначении пациенткам КОК или прогестинов, которые в некоторых ситуациях могут оказывать вазодилатирующий эффект.

Относительно безопасным прием КОК на фоне ВРВМТ, особенно при наличии гинекологической патологии с хроническим болевым синдромом или нарушением МЦ, можно сделать с помощью следующих подходов (схема):

- ❖ назначать КОК при ВРВМТ без признаков конгестии и рефлюкса. Именно поэтому важна диагностика на начальном этапе, т. е. необходимо выделять женщин с ВРВМТ и с ВРВМТ и PCS, а также исключить ВРВМТ с дилатацией и рефлюксом;
- ❖ назначать КОК женщинам без отягощенного семейного и личного анамнеза по венозным тромбозам;
- ❖ не назначать КОК женщинам, которые имеют факторы риска тромбозов (ожирение, курение, дислипидемии, наличие клинических проявлений тромбофилий: невынашивание, ретрохориальные гематомы, прееклампсия и т. д., а также генетических маркеров тромбофилий);
- ❖ не назначать КОК женщинам с ВРВМТ, которые планируют длительную госпитализацию в терапевтическое (согласно шкале тромборисков Padua) или хирургическое отделение (согласно шкале тромборисков Capri);
- ❖ исключить осложнения варикозной болезни (тромбоз, флебиты);
- ❖ при ВРВМТ с PCS необходимо в первую очередь устранить проблему малоинвазивными или хирургическими методами, а потом рассматривать возможность назначения КОК.

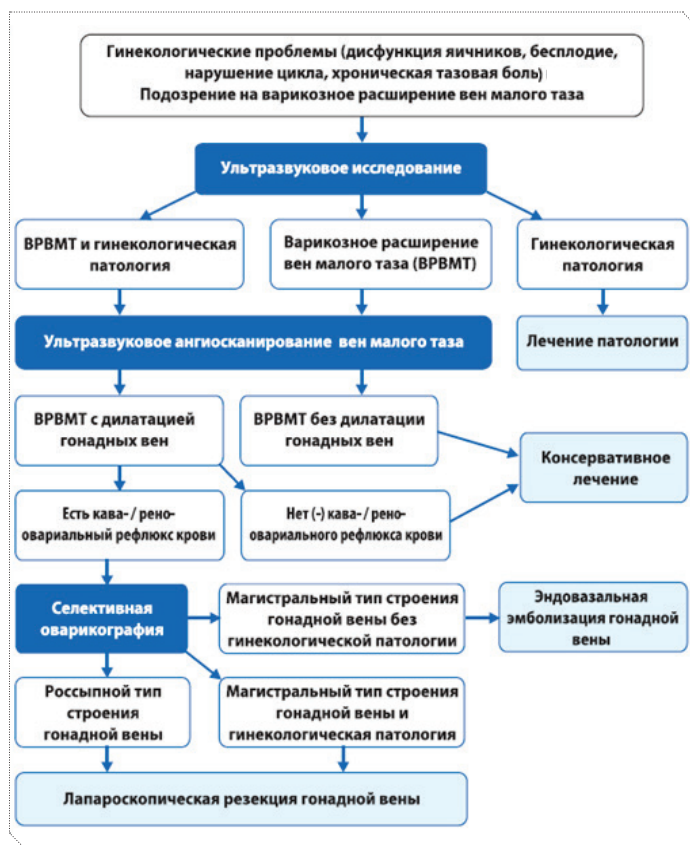


Схема. Алгоритм оказания помощи при ВРВМТ и гинекологической патологии в зависимости от результатов диагностического обследования

Хотелось бы также отметить, что не следует спешить с назначением КОК и прогестинов у женщин с ВРВМТ и с симптомами нарушения МЦ до момента определения овуляторного потенциала. При наличии ВРВМТ и синдрома преждевременного истощения яичников назначение КОК и прогестинов будет неоправданным.

Учитывая тот факт, что простое ВРВМТ без венозной конгестии (PCS) может наблюдаться у большинства женщин в популяции, особенно у тех, которые имели 1–2 родов, назначение и выбор гормональных препаратов должны быть обоснованными. При этом женщины не должны быть ограничены в современных методах контрацепции, поскольку может оказаться, что в случае запрета приема препаратов большинство из них не сможет воспользоваться современными методами планирования семьи. Так, например, в инструкции по применению КОК Силуэт среди противопоказаний указаны только осложнения варикозной болезни – это тромбозы. Согласно рекомендациям ВОЗ (2015), использование КОК у женщин с варикозом поверхностных вен имеет критерий приемлемости 1 (метод безопасен), а при тромбозе поверхностных вен – критерий 2 (польза выше, чем риск, под наблюдением врача). ВРВМТ в этих рекомендациях не имеет категории, а значит, прием КОК для таких больных не является опасным. И все же, разнообразие прогестинов в составе КОК с разным происхождением и фармакологическими эффектами позволяет подойти к этому вопросу индивидуально и взвешенно. Нет никаких доказательств того, что ВРВ само по себе вызывает тромбоз глубоких вен. В доступной медицинской литературе нет убедительных данных, указывающих на безусловное повышение уровня прогестерона и эстрадиола у пациенток с ВРВМТ [18].

Известно, что ВРВ значительно не увеличивает риск спонтанного тромбоза у женщин, принимающих противозачаточные таблетки или заместительную гормональную терапию. Необходимо помнить, что тромбоз на фоне ВРВМТ возможен в случае отягощенного личного или семейного анамнеза по тромбозам или при сильных триггерных механизмах, таких как длительная иммобилизация или операции [22].

В более ранних публикациях связь между КОК и ВРВМТ, возможно, прослеживается из-за эстрогенного компонента, когда его доза превышает 35 мкг/сутки (современные КОК содержат 30 мкг и меньше), а также из-за применения многофазных КОК, в которых преобладает эстрогенный компонент. В проведенном анализе литературы по запросу «КОК и ВРВМТ» за последние несколько лет не было найдено публикаций, прослеживающих данную связь. Значение имеет нарушение соотношения эстроген/прогестерон, поскольку именно сбалансированное сочетание эстрогенов и прогестерона оказывает положительное влияние на тонус сосудистой стенки [23]. Другими словами, главное при ВРВМТ – чтобы не было избытка как эстрогенов, так и прогестерона.

Опубликованы немногочисленные исследования по применению гормональных препаратов при варикозной болезни именно с целью лечения, а не контрацепции, за счет устранения вазодилатирующего эффекта эстрогена и прогестерона путем создания искусственного гипоэстрогенного состояния [24]. Гормональные препараты для лечения варикозной болезни не назначаются, однако могут применяться в терапии хронической тазовой боли или других гинекологических симптомов. Существует 3 рандомизированных клинических исследования, посвя-

щенные эффективности применения медроксипрогестерона, гозерелина и импланона в лечении симптомов ВРВМТ [24–26]. Прогестины, которые имеют выраженный центральный механизм действия, применяются у больных с дисфункцией яичников, дисменореей, эндометриозом в сочетании с варикозной трансформацией вен таза. Однако применение прогестинов без выраженного центрального механизма действия (дидрогестерон, микронизированный прогестерон, особенно в повышенных дозах и во вторую фазу МЦ) или систем с левоноргестрелом, выделяющимся непосредственно в полость матки, требует дальнейшего глубокого изучения у женщин с ВРВМТ, так как повышение уровня прогестерона может вызывать венодилатацию.

При приеме современных монофазных КОК уровень эстрогенов в крови остается низким, без колебаний концентрации, и соответствует ранней пролиферативной фазе МЦ. Кроме того, на фоне их приема не возникает относительная гиперэстрогения и не нарушается соотношение эстроген/прогестин. Важно также, чтобы уровень эстрогенов на фоне приема КОК оказывался в зоне терапевтического окна. Такими свойствами обладает КОК Силуэт, интерес к которому связан с тем, что он содержит диеногест, который применяется для лечения хронической тазовой боли. Благодаря этинилэстрадиолу в составе, Силуэт обладает контрацептивным эффектом и имеет высокий комплаенс за счет низкого процента кровотечений прорыва, что особенно важно при длительном приеме у женщин с гинекологической патологией, когда прием КОК не противопоказан. Выраженный периферический гестагенный эффект диеногеста в составе КОК Силуэт обусловлен специфическим трансформирующим влиянием на эндометрий по сравнению с другими прогестагенами. Доказано антипролиферативное действие диеногеста в отношении эндометриоидных гетеротопий (оказывает прямое воздействие на подавление роста эндометриоидных имплантатов) [27–30], что важно при лечении хронической тазовой боли. КОК с диеногестом относятся к препаратам с низкими тромборисками, а доза эстрогенового компонента в 20 или 30 мкг не имеет существенного значения для прогнозирования рисков тромбоза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в настоящее время особенно важно проводить дифференциальную диагностику между ВРВМТ и ВРВМТ с PCS. Только в этом случае можно разработать дальнейшую стратегию лечения «заболевания-призрака» ВРВМТ, и выбрать безопасный метод контрацепции.

При этом необходимо помнить, что это заболевание очень часто остается недостаточно диагностированным [31]. Единых стандартов в диагностике пока не существует, однако можно использовать трансвагинальную дуплексную ультрасонографию с учетом технических особенностей (проба Вальсальвы в положении 45°, осмотр на разных боках в зависимости от исследуемых сосудов, выделение территорий вен – яичниковых, внутренней подвздошной, левой почечной) [11], что повышает выявляемость данной патологии.

ВРВМТ без венозної конгестії (рефлюкса) і без тромбозів не являється протипоказанням к назначенню Силуэта з целью контрацепції і гормональної корекції при дисфункції яєчників. Согласно критеріям

преимущественности методов контрацепции (ВОЗ, 2015), у женщин с варикозом поверхностных вен КОК имеют критерий 1 при назначении (метод безопасен).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Селиверстов, Е.И.
Эпидемиология хронических заболеваний вен / Е.И. Селиверстов, А.П. Авакьянц, А.С. Никишков, И.А. Золотухин // Флебология. – 2016. – №10 (1). – С. 35–42.
Seliverstov, E.I., Avakyants, A.P., Nikishkov, A.S., Zolotukhin, I.A.
“Epidemiology of chronic vein diseases.” Phlebology 10.1 (2016): 35–42.
2. Варикозная болезнь таза, синдром тазового венозного полнокровия.
Онлайн-ресурс специалиста по сосудистой хирургии С.Н. Диденко.
Varicose disease of the pelvis, pelvic congestion syndrome.
Online-resource of the specialist in vascular surgery S.N. Didenko. Available from: [https://angio.kiev.ua/sosudistaya-hirurgiya/varikoznaya-bolezn-taza-sindrom-tazovogo-venoznogopolnokroviya.html].
3. Mohammadi, A., Zangi, B.M., Azari, M.D., et al.
“The effect of the ovarian varicose vein on the DNA methylation in the rat’s oocyte.” Iran J Basic Med Sci 20.10 (2017): 1166–71. DOI: 10.22038/IJBMS.2017.9449
4. Булаченко, О.В.
Діагностика та лікування недостатності лютеїнової фази в жінок із варикозним розширенням вен репродуктивних органів малого таза / О.В. Булаченко, А.М. Григоренко, Е.В. Сливка // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2016. – №1, Ч. 2 (Т. 20).
Bulavenko, O.V., Grigorenko, A.M., Sliyva, E.V.
“Diagnosis and treatment of luteal phase insufficiency in women with varicose veins in the reproductive organs of the small pelvis.” Bulletin of the Vinnytsia National Medical University 1 Part 2 Vol. 20 (2016).
5. Жук, С.І.
Етіопатогенетичний підхід до консервативного лікування варикозного розширення вен малого таза в жінок / С.І. Жук, А.М. Григоренко, А.О. Шляхтіна // Здоровье женщины. – 2016. – № 5 (111). – С. 52–57.
Zhuk, S.I., Grigorenko, A.M., Shliakhitina, A.O.
“Etiopathogenetic approach to conservative treatment of varicose veins of small pelvis in women.” Woman’s Health 5.111 (2016): 52–57.
6. Артымук, Н.В.
Тазовая веноконгестия как одна из ведущих причин хронической тазовой боли / Н.В. Артымук, О.Д. Руднева // Status Praesens. – 2015. – № 4. – С. 42–49.
Artyumuk, N.V., Rudneva, O.D.
“Pelvic venous congestion as one of the leading causes of chronic pelvic pain.” Status Praesens 4 (2015): 42–49.
7. Durham, J.D., Machan, L.
“Pelvic Congestion Syndrome.” Semin Intervent Radiol 30.4 (2013): 372–80.
8. Ahlberg, N.E., Bartley, O., Chidekel, N.
“Right and left gonadal veins. An anatomical and statistical study.” Acta Radiol Diagn (Stockh) 4.6 (1966): 593–601.
9. Ignacio, E.A., Dua, R., Sarin, S., et al.
“Pelvic Congestion Syndrome: Diagnosis and Treatment.” Semin Intervent Radiol 25.4 (2008): 361–8.
10. Сосудистая хирургия: Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
Vascular surgery: National guideline. Brief edition.
Ed. by V.S. Savelyev, A.I. Kirienko. Moscow. GEOTAR-Media (2015).
11. Mark, S., Whiteley, P.
“Objective measurements of pelvic venous reflux and stratification of severity of venous reflux in pelvic congestion syndrome due to pelvic venous reflux.” Curr Med Res Opin 33.11 (2017): 2089–2091.
12. Mathias, S.D., Kuppermann, M., Liberman, R.F., et al.
“Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates.” Obstet Gynecol 87 (1996): 321–327.
13. Metzger, D.A.
“Mechanism of pain in pelvic congestion syndrome.” Presented at the 9th Scientific Meeting of the IPPS, San Diego, Calif (2002)/
14. Dos Santos, S.J., Holdstock, J.M., Harrison, C.C., et al.
“Ovarian vein diameter cannot be used as an indicator of ovarian venous reflux.” Eur J Vasc Endovasc Surg 49 (2015): 90–4.
15. Malgor, R.D., Adrahtas, D., Spentzouris, G., et al.
“The role of duplex ultrasound in the workup of pelvic congestion syndrome.” J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2 (2014): 34–8.
16. Whiteley, M.S., Dos Santos, S.J., Harrison, C.C., et al.
“Transvaginal duplex ultrasonography appears to be the gold standard investigation for the haemodynamic evaluation of pelvic venous reflux in the ovarian and internal iliac veins in women.” Phlebology 30 (2015): 706–13.
17. Perry, C.P.
“Current concepts of pelvic congestion and chronic pelvic pain.” JSL 5 (2001): 105–10.
18. Гаврилов, С.Г.
Консервативное лечение варикозной болезни таза: показания и возможности терапии / С.Г. Гаврилов, О.О. Турищева // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2016. – № 3, Т. 22.
Gavrilov, S.G., Turischeva, O.O.
“Conservative treatment of varicose disease of the pelvis: indications and possibilities of therapy.” Angiology and Vascular Surgery 3 Vol. 22 (2016).
19. Nascimento, A.B., Mitchell, D.G., Holland, G.
“Ovarian veins: magnetic resonance imaging findings in an asymptomatic population.” J Magn Reson Imaging 15 (2002): 551–6.
20. Rozenblit, A.M., Ricci, Z.J., Tuvia, J., Amis, E.S. Jr.
“Incompetent and dilated ovarian veins: a common CT finding in asymptomatic parous women.” Am J Roentgenol 176 (2001): 119–22.
21. Braun, K.
“Women’s Health Queensland Wide Inc.” Health Journey 3–4 (2015). Available from: [https://womhealth.org.au/sites/womhealth/files/public/Health%20Journey%20Issue%203-4.pdf], last accessed Dec 8, 2017.
22. BMJ editorial.
“Thrombosis, phlebitis, and varicose veins.” BMJ 312 (1996): 198.
23. Bhutta, H.Y., Walsh, S.R., Tang, T.Y., et al.
“Ovarian vein syndrome: A review.” International Journal of Surgery 7.6 (2009): 516–20.
24. Soysal, M.E., Soysal, S., Vicdan, K., Ozer, S.
“A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion.” Human Reproduction 16.5 (2001): 931–9.
25. Shokeir, T., Amr, M., Abdelshaheed, M.
“The efficacy of Implanon for the treatment of chronic pelvic pain associated with pelvic congestion: 1-year randomized controlled pilot study.” Arch Gynecol Obstet 280.3 (2009): 437–43.
26. Farquhar, C.M., Rogers, V., Franks, S., et al.
“A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate and psychotherapy for the treatment of pelvic congestion.” Br J Obstet Gynecol 96 (1989): 1153–62.
27. Schleussner, E., Michels, E., Bethge, W., Klinger, G.
“Die Wirkung von Dienogest auf die hypothalamisch-hypophysäre Achse: Ergebnisse einer Pilotstudie.” In: Dienogest – Preclinical and Clinical Features of a New Progestogen. Ed. by A.T. Teichmann. Walter de Gruyter. Berlin, Germany (1995): 171–9.
28. Katsuki, Y., Takano, Y., Futamura, Y., et al.
“Effects of dienogest, a synthetic steroid, on experimental endometriosis in rats.” Eur J Endocrinol 138 (1998): 216–26.
29. Oettel, M., Breitbarth, H., Elger, W., et al.
“The pharmacological profile of dienogest.” Eur J Contracept Reprod Health Care 4 Suppl. 1 (1999): 2–13.
30. Жук, С.И.
Мысли о гормональной контрацепции / С.И. Жук, Е.А. Ночвина // Жіночий лікар. – 2017. №5 (73). – С. 32–36.
Zhuk, S.I., Nochvina, E.A.
“Thoughts on hormonal contraception.” Women’s doctor 5.73 (2017): 32–6.
31. Belenky, A., Bartal, G., Atar, E., et al.
“Ovarian varices in healthy female kidney donors: incidence, morbidity, and clinical outcome.” AJR 179.3 (2002): 625–7.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И ВЕНОЗНЫЙ КОНГЕСТИВНЫЙ СИНДРОМ Дифференцированный подход при выборе метода контрацепции, лечения и профилактики

А.Н. Григоренко, д. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Винницкого НМУ им. Н.И. Пирогова, Центр эндохирургии «ИННОМЭД», г. Винница

А.Б. Гордийчук, к. мед. н.

В статье рассмотрены основные моменты, которые влияют на качество жизни женщин с варикозным расширением вен малого таза с конгестией и без нее, в частности, применение гормональных методов контрацепции, а также вопросы диагностики, профилактики и лечения этих заболеваний. Представлены алгоритмы клинической тактики ведения таких пациенток. Особое внимание акцентируется на особенностях назначения гормональных препаратов у женщин с варикозным расширением вен малого таза. Авторы отмечают, что можно определиться с методами лечения и избежать длительного необоснованного назначения различных препаратов (особенно гормональных, которые будут маскировать или ухудшать течение заболевания) в том случае, если выделять группы женщин с варикозным расширением вен малого таза без конгестии и с конгестией (рефлюксом).

Варикозное расширение вен малого таза и венозный конгестивный синдром – это состояния, которые требуют междисциплинарного и дифференцированного подхода. Симптомы этих состояний могут «маскироваться» под различные гинекологические, урологические, травматологические заболевания.

Анатомические и физиологические особенности строения вен и регуляция их венозного тонуса объясняют возможность формирования венозного конгестивного синдрома у женщин. Это может быть обусловлено двумя причинами: вследствие нарушения путей оттока венозной крови или из-за непроходимости какой-либо вены яичника, любого увеличения внутрисосудистого давления, не контролируемого венозным тонусом на уровне таза.

Варикозное расширение вен малого таза и венозный конгестивный синдром остаются до конца не изученными. Точно так же отсутствуют и единые стандарты их диагностики. Варикозное расширение вен малого таза и венозный конгестивный синдром – это разные заболевания, которые требуют понимания механизмов их развития и последствий. Если подозревается варикозное расширение вен малого таза, первым диагностическим тестом обычно является ультразвук. Современная УЗ техника может оценивать кровоток в различных венах. Для исследования кровотока в венах также может быть проведена лапароскопия, венография в сочетании с компьютерной или магнитно-резонансной томографией.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, комбинированные оральные контрацептивы, прогестины, венозный конгестивный синдром, ультразвуковая диагностика.

ВАРИКОЗНЕ РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА І ВЕНОЗНИЙ КОНГЕСТИВНИЙ СИНДРОМ Диференційований підхід при виборі методу контрацепції, лікування та профілактики

А.М. Григоренко, д. мед. н., ассистент кафедры акушерства і гінекології №2 Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова, Центр ендохірургії «ІННОМЭД», м. Вінниця

А.Б. Гордійчук, к. мед. н.

У статті розглянуті основні моменти, які впливають на якість життя жінок із варикозним розширенням вен малого таза з конгестією та без неї, зокрема застосування гормональних методів контрацепції, а також питання діагностики, профілактики та лікування цих захворювань. Представлені алгоритми клінічної тактики ведення таких пацієнток. Особлива увага акцентується на особливостях призначення гормональних препаратів у цій категорії жінок. Можна визначитися з методами лікування та уникнути довгого необґрунтованого призначення різних препаратів (особливо гормональних, які будуть маскувати або погіршувати перебіг захворювань) у тому випадку, якщо виділити групи жінок із варикозним розширенням вен малого таза без конгестивного синдрому або з ним (наявність рефлюкса).

Варикозне розширення вен малого таза і венозний конгестивний синдром – це стани, які вимагають міждисциплінарного та диференційованого підходу. Симптоми цих станів можуть «маскуватися» під різними гінекологічними, урологічними, травматологічними захворюваннями. Анатомічні та фізіологічні особливості будови вен і регуляції їхнього тону пояснюють можливість формування венозного конгестивного синдрому в жінок. Це може бути обумовлено двома причинами: внаслідок порушень шляхів відтоку венозної крові або через неможливість току крові у вені яєчника, при будь-якому збільшенні внутрішньосудинного тиску, на тлі неконтрольованого венозного тону на рівні таза.

Варикозне розширення вен малого таза і венозний конгестивний синдром залишаються до кінця не вивченими. Так само немає єдиних стандартів їхньої діагностики. Варикозне розширення вен малого таза і венозний конгестивний синдром – це різні стани, що вимагають розуміння механізмів їхнього розвитку та наслідків. Якщо підозрюється варикозне розширення вен малого таза, першим діагностичним тестом зазвичай є ультразвук. Сучасна УЗ техніка може оцінити кровоплин у різних венах. Для дослідження кровоплину в венах також може проводитися лапароскопія, венографія в комбінації з КТ або МРТ.

Ключові слова: варикозне розширення вен малого таза, комбіновані оральні контрацептиви, прогестини, венозний конгестивний синдром, ультразвукова діагностика.

VARICOSE VEINS OF THE SMALL PELVIS AND PELVIC CONGESTION SYNDROME A differentiated approach: the choice of method of contraception, treatment, prevention

A.M. Grygorenko, MD, assistant of Obstetrics and Gynecology Department No. 2, Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University, Center of endosurgery "INNOMED", Vinnitsya

A.B. Gordiychuk, PhD

The article considers the main points that affect the quality of life of women with varicose veins of small pelvis with congestion and without it, in particular the use of hormonal methods of contraception, and also discussed the issues of diagnostics, prevention and treatment of these diseases. Algorithms of clinical tactics for conducting such patients are presented. Particular attention is focused on the features of the appointment of hormonal drugs in this category of women. You can determine the methods of treatment and avoid long-term unreasonable prescription of various medicine (especially hormones that will mask or worsen the course of the disease) if you select groups of women with varicose veins of the small pelvis without congestion and with it (reflux).

Varicose veins of the small pelvis and pelvic congestion syndrome are conditions that require an interdisciplinary and differentiated approach. Symptoms of these conditions can be put on a mask of various gynecological, urological, traumatological diseases. Anatomical and physiological features of the structure of the veins and the regulation of their venous tone explain the possibility of forming a venous congestive syndrome in women. This can be due to two reasons: due to the violation of the outflow of venous blood or due to the obstruction of any vein of the ovary, any increase in intravascular pressure not controlled by the venous tone at the level of the pelvis.

Varicose veins of the small pelvis and pelvic congestion syndrome remain unexplored until the end. There are no uniform standards for their diagnostics. Varicose veins of the small pelvis and pelvic congestion syndrome are different diseases which requiring an understanding of the mechanisms of their development and consequences. If a pelvic varicose veins are suspected, the first diagnostic test is usually ultrasound. Modern ultrasound technique can evaluate blood flow in various veins. To study the blood flow in the veins, laparoscopy, venography in combination with CT or MRI can also be performed.

Keywords: varicose veins of small pelvis, combined oral contraceptives, progestins, pelvic congestion syndrome, ultrasound diagnostics.