



<https://doi.org/10.34883/PI.2023.13.5.010>
УДК 618.1:617.55:616.14-007.64-055.2–053.81



Иванишкина-Кудина О.Л.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
3-я городская клиническая больница имени Е.В. Клумова, Минск, Беларусь

«Диагноз в тумане»: синдром тазовой веноконгестии у молодых женщин глазами гинеколога

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 22.09.2023
Принята: 30.10.2023
Контакты: oxana.kudina@gmail.com

Резюме

Обзор посвящен гинекологическим аспектам проблемы тазового конгестивного синдрома – патологического состояния, которое сопровождается венозным полнокровием органов малого таза и является одной из частых причин развития синдрома хронической тазовой боли. В статье представлены данные о патогенетических теориях развития синдрома, редких клинических проявлениях, влиянии на репродуктивную функцию, современных методах диагностики, возможностях медикаментозной терапии и особенностях выбора и применения препаратов гормональной контрацепции.

Ключевые слова: синдром тазовой конгестии, синдром хронической тазовой боли, бесплодие, гестагенсодержащая контрацепция, дезогестрел, диосмин

Ivanishkina-Kudina O.

Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of EI "Belarusian State Medical University", Minsk, Belarus
3rd City Clinical Hospital named after E.V. Klumov, Minsk, Belarus

"Nebulous Diagnosis": Pelvic Congestive Syndrome in Young Women Through the Eyes of a Gynaecologist

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 22.09.2023
Accepted: 30.10.2023
Contacts: oxana.kudina@gmail.com

Abstract

The review is devoted to the gynecological aspects of the problem of pelvic congestive syndrome – a pathological condition that is accompanied by venous plethora of the pelvic organs and is one of the common causes of the development of chronic pelvic pain syndrome. The article presents data on the pathogenetic theories of the development of

the syndrome, rare clinical manifestations, the impact on reproductive function, modern diagnostic methods, the possibilities of drug therapy and the features of the choice and use of hormonal contraceptives.

Keywords: pelvic congestion syndrome, chronic pelvic pain syndrome, infertility, progestogen-containing contraception, desogestrel, diosmin

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) у молодых женщин – до сих пор спорная и по-своему «таинственная» проблема современной акушерско-гинекологической науки. Даже сегодня, когда известны десятки нозологических причин СХТБ: аномалии и пороки развития, воспалительные заболевания репродуктивных органов и эндометриоз, опухоли, хронические инфекции и поражения органов мочевыделительной системы, травмы, заболевания желудочно-кишечного тракта и даже психосоматические расстройства. Заподозрить, предположить и инструментально подтвердить, что хроническая тазовая боль в молодом возрасте может быть связана с такой патологией, как венозная недостаточность сосудистого русла в малом тазу у женщин, – это своего рода диагностический и клинический «подвиг» врача. Нередко мы видим сочетание у таких молодых женщин одновременно варикозного поражения вен малого таза и стигм синдрома дисплазии соединительной ткани.

Размытые клинические проявления, полиморфизм, неспецифичность клинических проявлений варикозной болезни вен малого таза, невозможность даже заподозрить эту патологию в молодом возрасте обуславливают грубые диагностические ошибки, имеющие зачастую самые печальные последствия для последующего гинекологического репродуктивного и социального прогноза женщины. В клинической практике синдром тазовой веноконгестии может протекать латентно или маскируется другими проявлениями, сочетается с такой патологией, как эндометриоз, аденомиоз, хронические воспалительные процессы органов малого таза, не давая определиться в первоочередности диагноза и выборе первой линии терапии.

Что же это за патология и как правильно ее называть?

В англо- и русскоязычной научной литературе встречается множество названий данного синдрома: тазовый варикоз (pelvic varicies), синдром тазовой конгестии (pelvic congestion syndrome), тазовая венозная патология (pelvic venous disorder), тазовая венозная недостаточность (pelvic venous incompetence), тазовое варикоцеле (pelvic varicocele), тазовый венозный застой (pelvic venous stasis), синдром недостаточности подвздошных вен (iliac vein insufficiency syndrome), варикозное расширение вен малого таза, варикозная болезнь малого таза, синдром венозного полнокровия малого таза, синдром правой яичниковой вены, артериовенозный конфликт, варикозное расширение овариальных вен, тазовое варикоцеле и т. д. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра описана единственная болезнь, соответствующая перечисленному, – варикозное расширение вен таза (I86.2). В МКБ-11 кодируется как BD75.3 Pelvic varices с синонимами: varix of pelvis, pelvic varicose vein, Bladder varices, Varix of bladder, Ovarian varices, ovarian varicocele, varix of ovary, Varices of broad ligament, varix of broad ligament, Varices of uterine ligament (варикозное расширение вен малого таза, варикозное расширение вен мочевого пузыря,

варикоцеле яичников, варикозное расширение вен яичников, варикозное расширение вен широкой связки, варикозное расширение вен матки).

Конгестия (congestia; лат. congestus – «полный, набитый») – прилив и ненормальное накопление крови в каком-нибудь органе. Впервые в зарубежной литературе описания венозного полнокровия как причины тазовой боли датированы XIX веком. Так, еще в 1831 году американский врач Р. Гуч (R. Gooch) перечислил в своей публикации характерные симптомы, но лишь через 26 лет французский исследователь М.А. Рише (M.A. Richet) указал на их причину – тубоовариальное варикоцеле, термин, не совсем привычный слуху врача – акушера-гинеколога [3]. Интересно, что первые описания этой патологии в трудах французских и затем американских ученых касались именно молодых женщин, и только уже спустя почти столетие это заболевание почему-то стало ассоциироваться с женщинами более зрелого возраста, имеющими в анамнезе несколько родов, с избыточным весом и другим букетом гинекологических проблем. Одним из первых ученых, предположивших, что венозная система оказывает значительное влияние на формирование хронического болевого синдрома в нижних отделах живота у женщин, был врач Владимир Федорович Снегирёв (1907) [5].

Актуально. В медицинском информационном бюллетене клиники Мэйо отмечено, что боли на фоне варикозного расширения вен органов малого таза являются причиной визита к гинекологу в 10–30% случаев, однако только в 2% случаев ставится правильный диагноз. Результат неверного диагноза – около 16% необоснованных гистерэктомий и других хирургических инвазий [25]. Пациентки с тазовыми болями в возрасте младше 17 лет страдают от СТК в 19,4% случаев, до 35 лет – в 56–57%, т. е. первоначальная ассоциация о том, что эта патология затрагивает в большинстве своем женщин молодого возраста, оказалась подтвержденной [1]. Варикозное расширение вен яичников (овариковарикоцеле) в 80% случаев диагностируется спонтанно, но при этом становится причиной бесплодия, привычного невынашивания и дисфункции яичников. Один из аспектов несвоевременной диагностики – это то, что полностью особенности строения яичниковых вен практически не изучены до сегодняшнего дня.

Анатомические, генетические особенности и другие предпосылки развития синдрома тазовой веноконгестии (СТБК). Маточные и яичниковые вены – основные сосуды, забирающие венозную кровь от внутренних половых органов и промежности. Как и все вены, они в большинстве случаев снабжены клапанным аппаратом, недостаточность которого и обуславливает первичную тазовую веноконгестию. А вот первопричиной недостаточности клапанного аппарата почти в 100% является генетически детерминированный синдром дисплазии соединительной ткани [8, 9, 11].

Кстати! У 6–15% женщин тазовые вены вообще лишены клапанов, а их адвентиция слабо прикреплена к окружающей соединительной ткани [4].

Анатомическими причинами развития СТБК могут быть:

- отсутствие клапанов в яичниковых венах;
- синдром Щелкунчика; сдавление левой ренальной вены между аортой и верхней мезентериальной артерией;
- компрессия коллекторных стволов, в частности изменение положения матки (ретрофлексия – загиб матки);

- компрессия правой общей подвздошной вены (хотя наиболее часто ретроградный кровоток возникает в левой яичниковой вене, но заброс в правую яичниковую вену был описан у пациентов, у которых правая яичниковая вена впадает в правую почечную вену);
- портальная гипертензия;
- приобретенный синдром нижней полой вены.

Интересным диагностическим предиктором в молодом возрасте является синдром Щелкунчика. В анамнезе у таких женщин есть определенный специфический момент: бессимптомная микрогематурия → макрогематурия в детском возрасте, проходящая в подростковом периоде.

Для женщин с СТБК характерен не избыточный вес, а, напротив, низкая масса тела и астеничное телосложение, а также склонность к вариабельности массы тела!!!

При сборе анамнеза выделяются нехарактерные жалобы:

- диспареуния;
- до- и посткоитальные боли (боли сексуального возбуждения и напряжения).

Иногда обнаруживается бесклиническое варикозное расширение вен таза и вульвы при осмотре или по результатам УЗИ.

Гормональные причины развития СТК. В публикациях и исследованиях СТБК в последнее время часто обсуждается вопрос о влиянии гормональной терапии, длительного приема КОК в патогенезе возникновения варикозного расширения вен малого таза. О патогенетической возможности такого механизма говорит тот факт, что эстрогены регулируют продукцию оксида азота (NO). Оксид азота действует как нейротрансмиттер и регулирует диаметр артерий и вен, а повышенный уровень эстрогенов стимулирует активность NO-синтетазы, что ведет к увеличению продукции оксида азота, обладающего вазодилатирующим эффектом [14]. Это подтверждается и тем, что синдром тазовой веноконгестии почти всегда проблема женщин. В исследовании А.Е. Волков и соавт. (2016 г.) подтвердили повышение уровня эстрадиола плазмы при варикозном расширении вен малого таза. В ряде источников говорится о частом выявлении связи между высоким уровнем эстрогенов в крови и развитием СТБК и, в свою очередь, корреляцией СТБК с гинекологическими нарушениями: ановуляторный синдром, патология эндометрия, бесплодие. У значительной части женщин отмечается усиление болевого синдрома при применении эстрогенсодержащих препаратов во 2-ю фазу менструального цикла. Плюсом в поддержку гормональной теории возникновения СТБК является тот факт, что варикозное расширение вен нередко впервые проявляется у беременных (варикоз вен половых губ, промежности и бедренных сосудов, геморрой) – когда происходит физиологическое нарушение соотношения эстрогенов и прогестерона. Гормональную гипотезу подтверждают данные о цикличности симптомов СТБК в соответствии с фазами овариально-менструального цикла.

О влиянии гормонального фона свидетельствует еще и тот факт, что клинические проявления СТК ослабевают с наступлением менопаузы, что опять-таки говорит нам о важности и необходимости тщательной дифференциальной диагностики синдрома хронических тазовых болей в молодом возрасте с фокусом на СТБК.

Воспалительная теория патогенеза СТБК

Хроническое воспаление в области репродуктивных органов является триггером ремоделирования венозной стенки и клапана. Начальное звено – экспрессия генов воспаления в эндотелии вен (под влиянием повышенного гидростатического давления) и синтез провоспалительных факторов. Лейкоциты (моноциты и лимфоциты) крови активируются и мигрируют в тканевое пространство, что приводит к образованию свободных радикалов, апоптозу и некрозу тканей. Далее вокруг очага хронического воспаления происходит замедление кровотока, краевое стояние лейкоцитов и фиксация их к эндотелию. Лейкоциты мигрируют в стенки сосуда, паравазально в ткани, где провоцируют воспалительную реакцию. А повышение проницаемости сосудов, поступление в ткани воды, электролитов, белковых фракций, форменных элементов крови усиливают склеротические процессы в тканях, меняющие конфигурацию сосудистого русла. По сути, асептический очаг в конгломерате варикозно измененных сосудов со временем начинает проявлять себя как отдельно существующий лимфоидный орган.

Генетический фактор, или связь с синдромом дисплазии соединительной ткани

Варикозная болезнь считается одним из проявлений сосудистого синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (Grahame R., 2000).

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – это патологическое состояние соединительной ткани, обусловленное генетически детерминированным гистологическим нарушением ее развития в эмбриональном и постнатальном периодах. Морфологической основой процесса служат дефекты строения коллагена [9, 11].

Независимые первоначальные стигмы дисплазии соединительной ткани:

- грубые рубцы;
- нарушения костно-мышечного скелета;
- сколиоз и другие проблемы опорно-двигательного аппарата;
- атопические и аллергические заболевания в детском возрасте;
- дискинезия желчевыводящих путей;
- тонзиллэктомия;
- генетическая предрасположенность к варикозу;
- внешние стигмы и другое.

В публикации «Синдром тазовой конгестии и проблемы репродукции: междисциплинарный подход» (А.Н. Сулима, О.Б. Жуков, А.Н. Рыбалка) представлены данные исследования, в котором были сформулированы факторы, способствующие развитию СТБК:

- условия труда (работа, связанная с длительным вынужденным стоячим или сидячим положением, тяжелый физический труд);
- индекс массы тела менее 18,5 кг/м²;
- прерванный половой акт (coitus interruptus);
- сексуальная дисфункция (диспареуния и отсутствие оргазма);
- многочисленные беременности и роды (паритет – более 3 родов в анамнезе);
- гинекологические заболевания (воспалительные заболевания, эндометриозная болезнь, опухоли яичников, пролапс гениталий, перегиб широкой связки матки вследствие ретрофлексии матки);

- нарушения овариально-менструального цикла;
- хирургическая стерилизация;
- гиперэстрогения;
- хронические запоры;
- генетическая предрасположенность;
- патология соединительной ткани;
- метаболический синдром;
- вредные привычки (курение, алкоголь).

Клинические особенности СТБК

Синдром тазовой веноконгестии может существовать бессимптомно и долгое время оставаться недиагностированным. Это состояние может сопровождаться постоянной или периодической болью внизу живота или тазовой болью, интенсивность которой может колебаться от тупой до острой боли. Боль может длиться более 6 месяцев и локализоваться с одной или с двух сторон. Боль обычно усиливается к концу дня, а также при длительном стоянии или сидении. Считалось, что чаще проявляется у уже беременевших и рожавших женщин, но (!) 1/2 – это молодые женщины худого телосложения, с достаточной физической нагрузкой, а также снижающие вес.

Нет клинических жалоб в положении лежа, и при проведении гинекологического осмотра они также могут отсутствовать. Отмечается ухудшение симптоматики при приеме эстроген-гестагенов и гестагенов во 2-ю фазу.

Характерные клинические признаки – маркеры СТБК:

- диспареуния, разлитая боль при сексуальном возбуждении;
- наличие варикозного расширения вен половых губ, ягодиц и/или нижних конечностей;
- стреляющие боли в промежность, область половых губ;
- ощущение тяжести в нижней части живота или области промежности;
- связь с «отрицательной» предыдущей терапией (лечение воспалительных процессов, гормональная терапия при эндометриозе и ухудшение).

В некоторых случаях наблюдается расстройство мочеиспускания, вздутие живота, тошнота и спастическая энтералгия, поллакиурия, а также головная боль, усталость и бессонница. Встречается и бессимптомное течение заболевания. Длительная болевая реактивность приводит к социально-психологическим нарушениям в жизни женщины, мешает сексуальной близости, влияет на настроение и работоспособность, приводит к эмоциональному истощению.

Чрезвычайно важный диагностический признак: при тазовой веноконгестии боль длится не менее 6 мес., имеет волнообразный характер с периодическими обострениями.

Диагностика синдрома тазовой конгестии – «поиск в тумане»

Клинический диагноз ставится на основании анамнеза жалоб и инструментального подтверждения. В гинекологии молодого возраста СТБК часто пропускается из-за нескольких моментов: во-первых, по причине отсутствия даже подозрения и фокуса на данную патологию и из-за банальной практической рутинной диагностики – отсутствие жалоб и болевых проявлений в положении женщины

на гинекологическом кресле на спине (за счет механического оттока крови и уменьшения венозного полнокровия).

Наличие СТБК может быть обнаружено с помощью лапароскопии, гистероскопии или другой визуализации (например, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвука).

Методы диагностики:

- тазовая флебография и селективная овариография;
- мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная флебография;
- УЗИ с доплером.

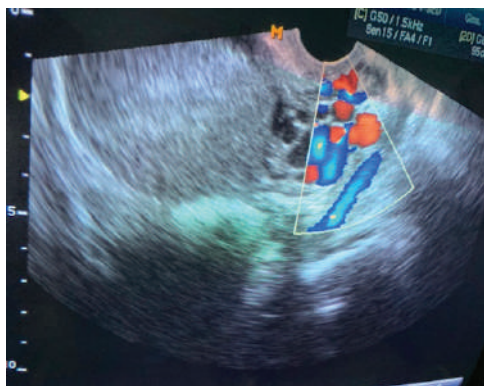
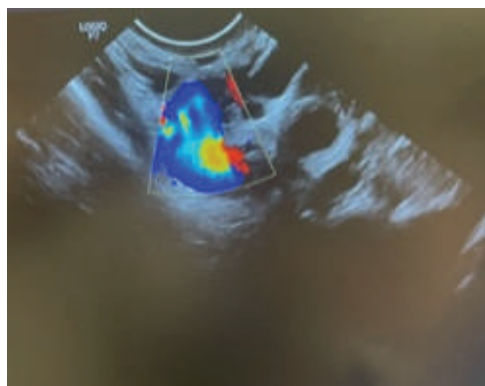
Венография считается эталонным стандартным методом диагностики заболеваний тазовых вен. Застой определяется как обширный, если широкие вены оказываются извилистыми, с большим изменением диаметра и если отдельные вены закрыты пулом контрастного вещества. Венография – точный метод диагностики СТК, но она инвазивна, отнимает много времени и подвергает облучению органы малого таза у женщин репродуктивного возраста [12, 13].

Два основных способа визуализации:

- УЗИ органов малого таза, которое обеспечивает более динамичное изображение кровотока;
- КТ, используемая для выявления варикозного расширения вен малого таза, является более чувствительной, чем ультразвуковая диагностика.

Критерии для сонографической диагностики (Gnascio и соавт., 2017, Milan):

- яичниковые вены >4 мм в диаметре;
- расширенные и извилистые вены малого таза – синдром «виноградной кисти»;
- ретроградный и уменьшенный поток крови <3 см/с (особенно левой овариальной вены – наличие зеленого цветового кода – синдром «озер») (см. рисунок).



Ретроградный и уменьшенный поток крови <3 см/с (особенно левой овариальной вены – наличие зеленого цветового кода – синдром «озер»)

Retrograde and reduced blood flow <3 cm/s (especially left ovarian vein – presence of green colour code – "lakes" syndrome)

Важно! Трансвагинальное УЗИ теоретически было бы идеальным первым шагом в диагностике СТК. Однако, по мнению многих исследователей, ультразвуковая оценка конгестии, основанная на измерении диаметра вен, подсчете количества вен в секторе и субъективном мнении специалиста о выраженности конгестии, как оказалось, не позволяет отличить пациентов с СТК от здоровых женщин контрольной группы [16]. В исследованиях Halligan S., Campbell D., Bartram C.I. et al. «Transvaginal ultrasound examination of women with and without pelvic venous congestion» (Clin Radiol, 2000) была обнаружена высокая специфичность (91%) метода в случаях, когда вена диаметром >5 мм пересекает тело матки, однако низкая чувствительность (25%) обуславливает высокую частоту ложноотрицательных результатов [22]. Гинекологам следует обратить особое внимание на эти параметры и риск возникновения СТБК и сочетание данных инструментальных методов обследования с клиническими проявлениями и анамнезом конкретной женщины, положительных или отрицательных терапевтических интервенций в прошлом.

Важное примечание – диаметр вен может значительно изменяться в зависимости от положения тела, особенностей водно-солевого обмена и даже эмоционального состояния пациентки.

По мнению авторов публикации «Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography» (Am J Roentgenol, 2004) Park S.J., Lim J.W., Ko Y.T. et al., ультразвуковая доплерография оказалась очень чувствительным (100%) методом диагностики СТБК путем регистрации ретроградного каудального кровотока в яичниковой вене. Кровоток в варикозно расширенных венах придатков обычно слабый. Доплерография (цветовое картирование), отражая силу ультразвукового сигнала путем изменения цвета и яркости изображения, делает УЗИ более чувствительным к движению, что позволяет детализировать информацию о кровотоке в сосудах.

Очень многие принимают для работы классификацию А.Е. Волкова по степеням выраженности процесса в зависимости от диаметра.

Первая степень – диаметр вены до 5 мм (любого венозного сплетения малого таза).

Вторая степень – диаметр вены от 6 до 10 мм при тотальном типе варикозного расширения, или при рассыпной эктазии яичникового сплетения, или при варикозном расширении параметральных вен.

Третья степень – диаметр вены более 10 мм при тотальном типе варикозного расширения или при магистральном типе параметральной локализации.

Однако исследование Malgor R.D., Adrahtas D., Spentzouris G. et al. «The role of duplex ultrasound in the workup of pelvic congestion syndrome», опубликованное в J Vasc Surg Venous Lymphat Disord (2014), продемонстрировало компенсаторное расширение правой яичниковой вены в случае ретроградного кровотока по левой яичниковой вене. Это имеет клиническое значение, поскольку лечение должно быть основано не только на диаметре вен, но и на величине рефлюкса.

Не до конца пока используются в полном объеме информация о сосудистом кровотоке в обсуждаемой области и такие новые технологии УЗИ, как энергетическая (power Doppler), импульсная (pulsed wave), непрерывно-волновая (continuous wave Doppler) доплерография и импульсная доплерография высокой частоты (high frequency pulsed wave). Массовые исследования их эффективности и экономической обоснованности еще впереди [22].

**Результаты диагностической визуализации, указывающие на венозную недостаточность таза**
Diagnostic Imaging Findings That Suggest Pelvic Venous Insufficiency

Процедура	Результаты
Ультразвук	Множественные распространенные трубчатые структуры вокруг яичника и матки. Три общих критерия: 1. Расширенная извитая вена диаметром >4 мм. 2. Медленный кровоток (<3 см/с). 3. Расширенная аркезатная вена в мышечной оболочке матки, связанная с варикозными расширением вен малого таза. Доплеровский метод помогает дифференцировать варикозное расширение вен малого таза от кистозных аднексальных образований
MPT	T1-взвешенные изображения: пустоты со змеевидным потоком. T2-взвешенные изображения: неоднородная интенсивность сигнала из-за медленного потока в расширенных венах. Изображения с контрастным усилением: замедленное усиление расширенных, извилистых сосудов
Венография	Ретроградная венография яичников: яичниковая вена размером >8–10 мм. Венозный застой в малом тазу. Заполнение тазовых вен по средней линии или заполнение вульвовагинальных и бедренных варикозов

Магнитно-резонансная томография позволяет визуализировать яичниковые и гонадные вены при полном исследовании анатомии таза благодаря мультипланарной визуализации (реконструкции). D.M. Yang и соавт. исследовали возможность применения магнитно-резонансной ангиографии с временным разрешением. Магнитно-резонансная ангиография с временным разрешением является быстрым и неинвазивным методом визуализации физиологической динамики кровотока. Она широко используется и характеризуется высокой чувствительностью по сравнению с обычной ангиографией при выявлении различной патологии сосудов.

Диагностическая лапароскопия. Мнения о пользе лапароскопии для диагностики СТК в отечественной и зарубежной литературе расходятся. Диагностическая лапароскопия часто применяется у пациентов с ХТБ с целью верификации или исключения конкретного диагноза. Прямая визуализация органов малого таза отлично подходит для исключения других патологий, отличных от СТБК, таких как эндометриоидная болезнь, воспалительные заболевания органов малого таза и т. д. Визуализация варикозно расширенных вен малого таза во время лапароскопии возможна лишь в 20–40% случаев (см. таблицу).

Дифференциальная диагностика. При дифференциальной диагностике в первую очередь следует отличать СТБК от эндометриоидной болезни, воспалительных заболеваний органов малого таза, заболеваний кишечника и мочевыводящих путей.

Лечение

Долгое время результаты в лечении СТБК были малоэффективными из-за недостаточного понимания этиологии данного синдрома. Мало внимания уделялось тому, что СТБК напрямую влияет на гинекологическое здоровье женщины, имеет высокий уровень коморбидности, а подходы к коррекции сочетания СТБК и бесплодия с точки зрения репродуктивной медицины практически не описаны.

Терапевтических стратегий, доказавших свою эффективность в борьбе с нарушениями венозного оттока от органов малого таза, на сегодняшний день не очень

много. Лечение СТБК у молодых женщин подразумевает две основные цели: влияние на хронический болевой синдром и, главное, минимизация воздействия СТБК на репродуктивную функцию.

Современная концепция немедикаментозной коррекции СТБК подразумевает соблюдение диеты, правильного режима труда и отдыха, выполнение специальных гимнастических упражнений, ношение лечебного трикотажа с компрессией нижних конечностей.

Терапевтический медикаментозный фокус при СТБК направлен на:

- улучшение венозного оттока;
- коррекцию микроциркуляторных расстройств;
- устранение воспаления;
- коррекцию гормонального баланса;
- нормализацию трофических процессов в малом тазу.

К нехирургической медикаментозной терапии СТБК в молодом возрасте относятся:

- анальгетики – НПВС;
- веноактивные препараты;
- флебопротекторы (Hesperedin-Diosmine);
- селективные веноконстрикторы Dihydroergotamine (DHE);
- фибринолитическая терапия;
- при необходимости контрацепции и/или наличии эндометриоза, аденомиоза, других гинекологических заболеваний – неэстрогенсодержащие препараты – мини-пили, гормональная терапия – Analog GnRh, ВМС с левоноргестрелом;
- трициклические антидепрессанты;
- диета, ЗОЖ, йога.

Нестероидные противовоспалительные препараты. В последние годы широкое применение в амбулаторной практике гинекологов получил ацеклофенак (Аэртал) – дериват фенилуксусной кислоты, обладающий коротким периодом полужизни (4 ч.) и хорошей эффективностью, сопоставимой с другими «стандартными» НПВП. Ацеклофенак ингибирует оба изофермента циклооксигеназы с преимущественным угнетением ЦОГ-2, а также подавляет синтез ряда провоспалительных цитокинов, в частности интерлейкина-1 (ИЛ-1). При выборе НПВС в терапии СТБК важным преимуществом Аэртала является его высокий обезболивающий и противовоспалительный эффекты и то, что не выявлено взаимодействия препарата с другими фармакологическими средствами, в том числе с антиагрегантными препаратами, что уменьшает риски при комплексной терапии несколькими препаратами. Также Аэртал (ацеклофенак) отличается превосходной переносимостью: в сравнении с другими НПВП он на 20–50% реже вызывает гастралгии и другие неприятные симптомы со стороны ЖКТ. Для длительной терапии, купирования хронических болевых синдромов чаще всего используют Аэртал в таблетках по 100 мг, по 1 таблетке 2 раза в день.

Для купирования острых болевых синдромов наилучшим выбором является Аэртал в форме саше, который перед применением необходимо растворить в 1/3 стакана воды. Дозировка саше аналогична таблеткам – 100 мг, режим дозирования 2 раза в день.

Гормональная терапия. При наличии СТБК и/или сочетании с эндометриозом, дисменореей, аденомиозом, миомой матки с другой гинекологической патологией, особенно которая сопровождается обильными менструациями или

гиперпластическими состояниями, с целью патогенетической терапии возможно назначение неэстрогенсодержащих препаратов: аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона, инъекционные гестагены (медроксипрогестерон), капсулы Норплант (левоноргестрел), ВМС с левоноргестрелом.

Гормональная контрацепция у женщин с СТБК. Гормональная контрацепция и контрацепция вообще представляет у таких женщин особую по значимости проблему, поскольку мы говорим о молодых женщинах, которые могут быть еще не готовы к беременности, но при этом ведут активную сексуальную жизнь и нуждаются в максимально эффективном способе предохранения от нежелательной беременности. Отсутствие беременности, родов в анамнезе и/или противопоказания и определенные опасения, как правило, отвергают у таких женщин вариант применения систем внутриматочной контрацепции с левоноргестрелом. Гормональная терапия инъекционными препаратами – агонистами гонадотропных рилизинг-гормонов не привычна в нашем обществе, если нет клинических показаний (например, эндометриоз), соответственно, имеет свои в том числе и возрастные ограничения и поэтому практически не рекомендуется и не применяется без дополнительных лечебных целей. В качестве оптимального средства контрацепции для таких молодых женщин может быть предложен вариант чисто прогестероновой оральной контрацепции препаратом Лактинет-Рихтер®, содержащим дезогестрел.

Высокоселективный прогестин дезогестрел обеспечивает стойкое подавление овуляции, что делает его надежной альтернативой КОК для женщин с СТБК, вынужденных использовать контрацепцию без эстрогенов.

После приема внутрь дезогестрел быстро всасывается и превращается в печени (возможно, и в стенке кишечника) в активный метаболит – этногестрел, который обуславливает фармакологические эффекты препарата. Этногестрел активно связывается с сывороточным альбумином и в меньшей степени с глобулином, связывающим половые стероиды (ГСПГ). Далее активный метаболит превращается в печени в заряженные метаболиты и выводится с мочой и желчью, период полувыведения препарата составляет около 30 часов. Этногестрел имеет высокое сродство к рецепторам прогестерона и низкое – к рецепторам андрогенов, его связывание с рецепторами эстрогенов крайне незначительно, что очень важно для женщин с варикозным поражением вен малого таза и повышенными рисками тромбообразования.

Несмотря на предубеждения в отношении оральной гормональной контрацепции и мини-пили у женщин с заболеваниями сосудистого русла дезогестрел-содержащие таблетки коренным образом отличаются от мини-пили, содержащих норэтистерон или левоноргестрел, по механизму действия. Способность дезогестрела эффективно подавлять ежемесячную овариальную активность делает таблетки с дезогестрелом сравнимыми с комбинированными гормональными контрацептивами при практически минимальных побочных эффектах.

Чтобы точнее обозначить место орального дезогестрела в линейке гормональных противозачаточных, для него даже был создан специальный термин «безэстрогенный ингибитор овуляции» (estrogen free inhibitor of ovulation). Еще одним важным преимуществом дезогестрела является то, что во время его приема происходит значимое уменьшение менструальных выделений за счет подавления секреторной фазы менструального цикла, и это неоспоримо влияет на уменьшение болевых проявлений у таких пациенток за счет уменьшения кровенаполнения самой матки и

окружающих сосудов, способствуя снижению давления в венозных сосудах таза. Благодаря своему антимитотическому и секреторно-трансформирующему действию на эндометрий прогестины редуцируют частоту и интенсивность менструальной кровопотери, одновременно предохраняя эндометрий от гиперплазии [27]. При приеме дезогестрела уменьшаются частота и выраженность дисменореи, что обусловлено подавлением овуляции и синтеза простагландинов в матке и также является фактором, облегчающим болевые проявления при СТБК.

Эпидемиологические исследования не обнаружили сколько-нибудь значимого риска ВТЭ или артериального тромбоза при использовании чисто прогестивных контрацептивов и особенно дезогестрела, и, следовательно, они могут назначаться женщинам, которым КОК в связи с риском тромбозов противопоказаны (IV категория приемлемости ВОЗ) или не должны рекомендоваться ввиду превышения риска над пользой (III категория приемлемости ВОЗ).

Отсутствие ограничений по тромбическим рискам, высокий контрацептивный эффект значимо увеличивает комплаентность и доверительный интервал у этих женщин к препарату.

Веноактивные препараты и флебопротекторы. Флебопротекторы возглавляют фланг консервативного лечения варикозной болезни; их рассматривают как препараты первого выбора и применяют в качестве самостоятельной терапии в отсутствие признаков тромбоза и флебита. Наиболее перспективными и действенными из их числа оказались полусинтетические аналоги природных флавоноидов, химически именуемые бензопиронами, – диосмин, диосметин, гидросмин, кемпферол, кверцетин, гесперидин. Согласно клиническим практическим рекомендациям Общества сосудистых хирургов и Американского венозного форума, степень рекомендаций и уровень доказательности для этих препаратов составляет 2B. Другие крупные классы флеботоников представлены α -бензопиронами, сапонинами и растительными экстрактами (антоцианы, экстракты гинкго, тритерпены) и синтетическими кальция добезилатом, бензароном и нафлазоном.

В отечественной практике разрешены к применению и убедительно доказали свои лечебные способности и обладают наилучшей переносимостью препараты на основе диосмина. Эти средства демонстрируют многонаправленное действие:

- повышение венозного тонуса за счет увеличения продолжительности действия эндогенного норадреналина;
- увеличение резистентности капилляров и снижение их проницаемости, в том числе за счет негативного влияния на способность лейкоцитов к адгезии;
- облегчение дренажа лимфы и увеличение количества лимфатических капилляров;
- улучшение реологических свойств крови – снижение вязкости и увеличение СОЭ;
- противовоспалительное действие за счет снижения концентрации медиаторов воспаления.

Хирургическое интервенционное лечение показано только в сложных случаях и при высокой степени поражения. В рамках хирургического лечения тазовой веноконгестии сегодня чаще прибегают к эмболизации или склерозированию пораженных вен. Более глобальное лечение заключается в перевязке яичниковой вены, удалении пораженной вены или даже в гистерэктомии с двусторонней овариэктомией или без таковой. По мнению авторов Неймарка А.И., Шелковниковой Н.В. («Эндоваскулярное



лечение стойкой дизурии и хронических тазовых болей при варикозном расширении вен малого таза у женщин»), к сожалению, только перевязка яичниковой вены не эффективна почти у 50% пациенток; изолированная гистерэктомия без двусторонней овариэктомии также не дает желаемого эффекта. Важно при этом, что консервативная поддерживающая терапия после оперативного лечения хронической венозной недостаточности улучшает результат.

Профилактика и реабилитация

Чрезвычайно важна коррекция рациона: в него следует включить большое количество овощей, фруктов и растительного масла. Необходим полный отказ от острой пищи, алкоголя и курения.

Крайне полезны ежедневный восходящий контрастный душ на область промежности и комплекс разгрузочных упражнений, выполняемых лежа («березка», «велосипед», «ножницы» и др.). Эвакуацию крови из венозных сплетений малого таза также улучшает дыхательная гимнастика – медленные глубокие вдох и выдох с включением мышц передней брюшной стенки. Обязательно ношение лечебных колготок II компрессионного класса, улучшающих отток крови из вен нижних конечностей, венозных сплетений промежности и ягодиц.

Своевременная диагностика, комплексная терапия и профилактическая терапия СТБК в молодом возрасте у женщин дает им возможность вернуть качество жизни без болевого синдрома, определить репродуктивные перспективы, вовремя предотвратить возможные акушерские осложнения и дает в последующем значимый экономический эффект.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sulima A., Zhukov O., Rybalka A. Pelvic congestion syndrome and reproductive problems: an interdisciplinary approach. *Andrology and Genital Surgery*. 2020;21(4):31–39. <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2020-21-4-31-39>. (in Russian)
2. Shulikovskaya I. Treatment of small pelvis varicosis in women (literature review). *Byulleten Vostochno-sibirskogo nauchnogo centra Sibirskogo otdeleniya Rossijskoj akademii medicinskih nauk = Bulletin of the East Siberian Scientific Center of the Siberian branch of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2012;4–1:241–4. (in Russian)
3. Dykhuizen R.F., Roberts J.A. The ovarian vein syndrome. *Surg Gynecol Obstet*. 1970;130(3):443–2.
4. Artyumuk N., Rudzhneva O. The small pelvis. Pelvic congestion as one of the leading causes of chronic pelvic pain. *Status Praesens*. 2015;4(27):42–9. (in Russian)
5. MacDonald S.R., Klock S.C., Milad M.P. Long-term outcome of nonconservative surgery (hysterectomy) for endometriosis-associated pain in women <30 years old. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(6):1360–3. doi: 10.1016/s0002-9378(99)70020-7.
6. Petrovsky B. (ed.) *The big medical encyclopedia*. Moscow, 2013. (in Russian)
7. Ignacio E.A., Dua R., Sarin S. Pelvic congestion syndrome: diagnosis and treatment. *Semin Intervent Radiol*. 2008;25:361–8. doi: 10.1055/s-0028-1102998.
8. Gavrilov S., Kiriyenko A., Mishnev O., Cherkashin M. Types of the anatomic structure of ovarian veins. *Annaly khirurgii = Russian Journal of Surgery*. 2004;3:72–6. (in Russian)
9. Bergan J. *The vein book*. Oxford University Press, 2007:315–321. doi: 10.1016/b978-012369515-4/50003-x.
10. Cheong Y., William S. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20:695–711. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.04.004.
11. Koc Z., Ulsan S., Oguzkurt L. Right ovarian vein variant: is there a relationship with varices? *Eur J Radiol*. 2006;59:465–71. doi: 10.1016/j.ejrad.2006.03.021.
12. Govil S., Justus A. Using the ovarian vein to find the ovary. *Abdom Imaging*. 2006;31:747–50. doi: 10.1007/s00261-005-0268-x.
13. Lechter A., Lopez G., Martinez C., Camacho J. Anatomy of the gonadal veins: a reappraisal. *Surgery*. 1991;109(6):735–9. doi: 10.1177/026835558700200311.
14. Zajdieva Ya. *Hormone replacement therapy. Pharmacology and clinical use*. Moscow, 2001. 50 p. (in Russian)
15. Steenbeek M.P., van der Veuten C.J.M., Schultze Kool L.J., Nieboer T.E. Noninvasive diagnostic tools for pelvic congestion syndrome: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(7):776–86. doi: 10.1111/aogs.13311.
16. Halligan S., Campbell D., Bartram C.I. Transvaginal ultrasound examination of women with and without pelvic venous congestion. *Clin Radiol*. 2000;55:954–8. doi: 10.1053/crad.2000.0602.

17. Park S.J., Lim J.W., Ko Y.T. Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography. *Am J Roentgenol.* 2004;182:683–8. doi: 10.2214/ajr.182.3.1820683.
18. Giacchetto G., Cotroneo G.B., Marincolo F. Ovarian varicocele: ultrasonic and phlebographic evaluation. *J Clin Ultrasound.* 1990;18:551–5. doi: 10.1002/jcu.1870180705.
19. Hudson-Dixon C.M., Long B.W., Cox L.A. Power Doppler imaging: principles and Applications. *Radiol Technol.* 1999;70:235–43.
20. Campbell D., Halligan S., Bartram C.I. Transvaginal power Doppler ultrasound in pelvic congestion. *Acta Radiol.* 2003;44:269–74. doi: 10.1080/j.1600-0455.2003.00063.x.
21. Malgor R.D., Adrahtas D., Spentzouris G. The role of duplex ultrasound in the workup of pelvic congestion syndrome. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2014;2:34–8. doi: 10.1080/j.1600-0455.2003.00063.x.
22. Yang D.M., Kim H.C., Nam D.H. Time-resolved MR angiography for detecting and grading ovarian venous reflux: comparison with conventional venography. *Br J Radiol.* 2012;1014:117–22. doi: 10.1259/bjr/79155839.
23. Asciutto G., Mumme A., Marpe B. MR venography in the detection of pelvic venous congestion. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;36:491–6. doi: 10.1016/j.ejvs.2008.06.024.
24. Neymark A., Shelkovnikova N. Endovascular treatment of persistent dysuria and chronic pelvic pain in women with pelvic varicose veins. *Urologiya = Urology.* 2012;4(04):20–4. (in Russian)
25. Kies D.D., Kim H.S. Pelvic congestion syndrome: a review of current diagnostic and minimally invasive treatment modalities. *Phlebol Venous Forum R Soc Med.* 2012;27:52. doi: 10.1258/phleb.2012.012s27.
26. *Infertility definitions and terminology (WHO).* Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en>
27. Guzeloglu-Kayisli O., Basar M., Shapiro J.P. Long-acting progestin-only contraceptives enhance human endometrial stromal cell expressed neuronal pentraxin-1 and reactive oxygen species to promote endothelial cell apoptosis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(10):1957–1966.