

# Варикозное расширение вен малого таза у женщин — одно из проявлений дисплазии соединительной ткани

**Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – нарушение развития органов и тканей в эмбриогенезе и постнатальном периоде. Морфологическая основа ДСТ – снижение содержания отдельных видов коллагена или нарушение соотношения между ними, что ведет к снижению прочности соединительной ткани (Г.И. Нечаева и соавт., 2008). Среди практически здоровых людей 35% имеют ДСТ той или иной степени выраженности, из них 70% – женщины (В.Г. Мозес и соавт., 2005). Более подробно эта тема рассмотрена в докладе, представленном в рамках пленума Ассоциации акушеров-гинекологов Украины и научно-практической конференции с международным участием «Репродуктивное здоровье в Украине: тенденции, достижения, вызовы и приоритеты». Мероприятие состоялось 20-21 сентября 2018 года в г. Киеве и было посвящено 90-летию со дня рождения основоположника репродуктивной медицины в Украине, академика Валентина Ивановича Грищенко.**

Предлагаем нашим читателям ознакомиться с основными аспектами взаимосвязи варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) и ДСТ, а также узнать о рациональных подходах к профилактике и лечению из обзора выступления профессора кафедры акушерства и гинекологии № 2 Одесского национального медицинского университета, доктора медицинских наук Татьяны Алексеевны Ермоленко.

– Варикозное расширение вен малого таза – хроническое заболевание, характеризующееся сложным этиопатогенезом и полиморфизмом клинической симптоматики с доминированием синдрома хронической тазовой боли. ВРВМТ имеет проградентное течение: у девочек в возрасте 3-17 лет отмечается в 19,4% случаев, у женщин репродуктивного возраста – уже в 80% (В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович, 2001; В.Е. Радзинский, 2006). В последнее десятилетие появилась новая концепция варикозной болезни, главную роль в которой отводят неклассифицированной дисплазии соединительной ткани.

ДСТ является медико-социальным феноменом XXI века. Генетическая неоднородность данной патологии определяет широкий диапазон ее клинических вариантов – от известных генных синдромов (Марфана, Элерса-Данлоса) до многочисленных недифференцированных (несиндромных) форм с мультифакторными механизмами развития. Принято рассматривать три варианта клинических проявлений ДСТ у женщин: варикозную болезнь (вен нижних конечностей, таза, половых органов), заболевания вен во время беременности (варикоз вен нижних конечностей, половых органов, геморрой, физиологическое расширение вен для улучшения микроциркуляции) и при гинекологических заболеваниях и состояниях (на фоне применения гормональных препаратов, при хроническом эндометрите, при бесплодии).

ВРВМТ манифестирует у пациенток с врожденной слабостью соединительной ткани в пубертатном возрасте, когда под действием эстрогенов происходит физиологическая и морфологическая перестройка венозной стенки органов малого таза. При этом тестостерон стимулирует фибропластические реакции, ускоряя синтез соединительной ткани, обуславливая ее большую прочность и меньшую растяжимость. В свою очередь, эстрогены увеличивают количество тучных клеток, что приводит к отеку соединительной ткани и формированию эксудативных реакций. Происходит преждевременное созревание фибробластов и разрушение части клеток с продукцией легко растворимого, эластичного коллагена.

Механизмы развития ВРВМТ тесно взаимосвязаны с особенностями венозного кровообращения в области малого таза:

- образование сплетений, служащих мощными сосудистыми коллекторами и выполняющими роль депо крови;

- отсутствие клапанов в венах сплетений, за исключением пузырного сплетения → физиологический стаз → транзиторная регургитация;

- правая яичниковая вена впадает непосредственно в нижнюю полую вену, а левая яичниковая – в левую почечную вену.

Таким образом, венозная сеть малого таза женщины в силу особенностей строения, функционального состояния и гормональной зависимости создает «идеальные» условия для развития варикозной болезни.

Среди основных факторов риска развития ВРВМТ прежде всего следует выделить условия труда (работа, связанная с длительным вынужденным стоячим или сидячим положением, тяжелый физический труд); сексуальные дисфункции (диспареуния, отсутствие оргазма и др.), многочисленные беременности и роды в анамнезе; гинекологические заболевания (воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли яичников, пролапс гениталий, перегиб широкой связки матки вследствие ретрофлексии матки), а также нарушения менструального цикла и гиперэстрогению (И.Ю. Ильин, 2009).

В отношении варикозного расширения вен и беременности следует помнить, что риск развития данного нарушения у женщин возрастает с каждой последующей беременностью: 2,1% – при первой, 9,6% – при второй, 36,7% – при третьей и 38,3% – при четвертой. Также стоит подчеркнуть, что у женщин с количеством состоявшихся родов в акушерском анамнезе >4 данный показатель возрастает до 49%.

Кратко патогенетические механизмы развития ВРВМТ можно изложить следующим образом: нарушения тонико-эластических свойств венозной стенки вследствие ДСТ в сочетании с анатомическими особенностями вен органов малого таза и на фоне воздействия предрасполагающих факторов приводят к срыву адаптационных процессов. Как результат, в малом тазу происходит хронический венозный застой, что и является основной причиной ВРВМТ.

Около 76% женщин с ВРВМТ отмечают хронические тазовые боли после длительных статических и динамических нагрузок с усилением во II фазе менструального цикла и болевые кризы, провоцируемые экзогенными (охлаждение, переутомление, стресс) и эндогенными (обострение заболеваний внутренних органов) причинами. Вторым наиболее распространенным симптомом ВРВМТ является диспареуния – у 75% женщин. Дисменорея и предменструальный синдром также являются довольно частыми причинами обращения женщин с ВРВМТ за квалифицированной медицинской помощью, при этом около 12% пациенток жалуются на увеличение продолжительности менструации до 6-10 дней, 37% – на длительные мажущие выделения, 35% – на обильные менструации, а 22% – на увеличение менструального цикла до 50-80 дней. Кроме того, при наличии ВРВМТ часто отмечают дизурические расстройства, вызванные полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря, нарушения психической сферы, связанные с неполноценной половой жизнью (раздражительность, нарушение трудоспособности, повышенная тревожность). Прослеживают связь между венозным застоем и акушерской патологией (бесплодие, невынашивание, прерывание беременности).

Учитывая всю серьезность проблемы ВРВМТ, важным шагом на пути к снижению заболеваемости и предупреждению развития возможных осложнений является формирование групп риска. Данный подход



Т.А. Ермоленко

предусматривает скрининговый опрос женщин с целью выявления у них предрасполагающих факторов риска: менархе до 12 лет, диспареуния, дисменорея, предменструальный синдром, более 3 аборт в анамнезе, более 2 родов в анамнезе, варикозное расширение вен нижних конечностей, ожирение, наличие спаек в малом тазу, хронический сальпингофорит.

При рассмотрении рациональных подходов к лечению ВРВМТ на первый план выступает консервативная терапия. Так, помимо нормализации условий труда и отдыха, необходимо назначение дозированных физических нагрузок (лечебная физкультура с упражнениями, направленными на укрепление мышц спины и живота, рекомендовано плавание, противопоказано: профессиональное занятие спортом, танцами) и коррекция рациона питания (включения в него большого количества овощей, фруктов и растительного масла, полный отказ от острой пищи, алкоголя и курения). Актуальна необходимость ежедневного приема восходящего контрастного душа на область промежности, проведения дыхательной гимнастики и применения компрессионного трикотажа, а также препаратов, предупреждающих снижение уровня коллагена. Кроме всех вышеперечисленных методов по коррекции образа жизни и рациона питания особое место в консервативных подходах к лечению ВРВМТ занимает назначение флебопротекторов – медикаментозных средств, обладающих венотонической и ангиопротекторной активностью.

Особое внимание следует уделить известному на фармацевтическом рынке Украины препарату Флебодиа 600 («Лаборатория Иннотек Интернациональ»). Данное лекарственное средство за счет диосмина – флебопротектора, входящего в его состав, – улучшает микроциркуляцию, повышает тонус венозной стенки и лимфатических капилляров, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие. К дополнительным преимуществам Флебодиа 600 также стоит отнести удобство его применения. Для максимальной терапевтической эффективности прием препарата следует осуществлять по 2-3 курса в год, при этом достаточно принимать 1 таблетку утром перед завтраком на протяжении в среднем 2 мес. Одной упаковки Флебодиа 600 хватает на 1 курс лечения.

Таким образом, понимание того, что ВРВМТ является лишь «верхушкой айсберга», под которой скрывается огромный пласт системной патологии соединительной ткани, позволяет найти новые подходы к диагностике, лечению и профилактике заболевания. При этом в своей клинической практике врачу всегда следует учитывать, что:

- у пациенток с ВРВМТ выявлены повышенные ( $p < 0,01$ ) уровни биохимических маркеров, указывающие на наличие ДСТ;

- клиническое и инструментальное обследование пациенток с ВРВМТ, имеющих 3 и более фенотипических проявлений ДСТ, позволяет прогнозировать клинически значимую дисфункцию одного или нескольких внутренних органов.

В свою очередь, своевременное выявление пациенток с ДСТ, входящих в группу риска, а также ранняя диагностика основных признаков ВРВМТ еще на доклиническом этапе позволят спланировать и назначить необходимые мероприятия по профилактике и лечению данного состояния.

Подготовил Антон Вовчек

