



Коморбідність у практиці гінеколога: фокус на судини

За матеріалами конгресу «Сухаревські читання»



Хронічні захворювання вен є поширеними патологіями, які вражають від 20 до 25% жінок. Зокрема, серед пацієнток гінекологічного профілю близько 15% жінок віком від 20 до 50 років мають дисфункцію тазових вен різного ступеня тяжкості. Відсутність остаточно встановлених медичних термінів, визначених критеріїв візуалізації, неоднозначність причинно-наслідкових зв'язків та гіпотез, заснованих на невеликих вибірках клінічних досліджень, викликали сумніви щодо виокремлення медичними товариствами таких патологій, як синдром тазового венозного повнокров'я (pelvic congestion syndrome) та розлад тазових вен (pelvic venous disorder). Останній охоплює низку венозних порушень, які можуть призводити до хронічного тазового болю, переважно у жінок. Особлива увага до дисфункції вен має приділятися не лише з боку судинних хірургів, а й із боку акушерів-гінекологів, оскільки велика кількість сучасних жінок живуть із цим захворюванням, не маючи остаточного діагнозу і, як наслідок, не отримуючи відповідного лікування.

27-29 березня у змішаному форматі відбувся конгрес судинних хірургів, флебологів та ангіологів України «Сухаревські читання», на якому провідні вітчизняні фахівці висвітлили питання діагностики хронічних захворювань вен, особливостей їх консервативного лікування, а також ведення пацієнтів даного профілю із позицій міждисциплінарного підходу. Член-кореспондент НАМН України, президент ВГО «Асоціація гінекологів-ендокринологів України», заступник директора з наукової роботи та завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», доктор медичних наук, професор Тетяна Феопанівна Татарчук представила доповідь «Коморбідність у практиці гінеколога: фокус на судини», у якій висвітлила всі дискусійні питання щодо розладів тазових вен та наслідків синдрому тазового венозного повнокров'я.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, синдром тазового венозного повнокров'я, венозна недостатність, мікронізована очищена флавоноїдна фракція, Нормовен 1000.

Взаємозв'язок між гінекологічними захворюваннями та дисфункцією судин є актуальним питанням у гінекологічній практиці. Загалом, можна виділити дві категорії пацієнток, у яких гінеколог має враховувати стан судин при виборі стратегії лікування багатьох порушень роботи органів репродуктивної системи:

- жінки із встановленими змінами судин або високим ризиком їх ураження: прийом комбінованих оральних контрацептивів, менопаузальна гормональна терапія в осіб із варикозним розширенням вен, тромбозами судин і/або тромбоемболією в анамнезі;

- жінки з патологією репродуктивної системи на фоні синдрому тазового венозного повнокров'я (синдром застійних явищ у тазових органах).

Стан венозних судин органів малого таза безпосередньо впливає на перебіг гінекологічних патологій. Крім того, 30-45% жінок із хронічним тазовим болем можуть мати симптоми венозної недостатності.

Тазовий біль венозного походження — це біль у ділянці таза тривалістю понад 6 міс, який проявляється здебільшого як нечіткий біль із періодичними посиленнями переважно після тривалого



стояння, фізичного навантаження або як диспареунія. Зазвичай це постійний біль, не пов'язаний із менструальним циклом.

Хронічний тазовий біль може мати вторинний характер і виникати на фоні наступних патологій: ендометріоз, міома матки, злоякісні пухлини, аденоміоз, опущення матки, синдром подразненого кишечника та недостатність тазових вен. Натомість синдром тазового повнокров'я може виникати окремо або в поєднанні з варикозним розширенням вен вульви й/або венозною недостатністю нижніх кінцівок (Kaufman C. et al., 2021; Besile A. et al., 2021).

Причини дисфункцій вен у жінок репродуктивного віку

За статистикою, 39% жінок мають в анамнезі синдром тазового повнокров'я; у 30% пацієнтів із хронічним тазовим болем діагностується тазове повнокров'я як єдина причина болю, ще 15% — страждають на нього разом з іншою патологією органів малого таза (частіше — міома матки). Синдром тазового повнокров'я вражає переважно жінок репродуктивного віку (20-45 років), і частота його тісно пов'язана з кількістю вагітностей.

У більшості випадків венозна недостатність виникає під час вагітності з двох причин: збільшення розмірів матки з подальшою гіпертензією у венах нижніх кінцівок, розтягненням і недостатністю клапанів, що перешкоджає відтоку крові з тазових вен, а також збільшення секреції гормонів, які послаблюють стінки вен. Більш високі рівні естрадіолу в сироватці крові під час вагітності пов'язані з розтяжністю вен і клінічними ознаками варикозної хвороби в жінок у менопаузі. Також під час вагітності спостерігається збільшення ємності тазових вен на 60%, що супроводжується розширенням вен яєчників (Antignani P. L. et al., 2019).

Збільшення об'єму крові, розширення вен яєчників і таза під час вагітності, а також стиснення судин маткою призводить до незворотної дилатації вен та ушкодження клапанів, що проявляється рефлюксом.

Синдром застійних явищ у тазових органах має багатофакторний генез. Зокрема, генетична схильність, анатомічні особливості та гормональні чинники значною мірою впливають на роботу венозних судин.

Тазовий венозний кровотік забезпечується роботою великої кількості судин і сплетень. Основними судинами, які відповідають за венозний відтік від органів жіночого таза, є яєчникові вени, а також загальна, зовнішня та внутрішня клубові вени. Маткове венозне сплетення (UVP) впадає через праву та ліву маткові вени (RUV, LUV) у внутрішні клубові вени (RIIV, LIIV), які анастомозують із зовнішніми клубовими венами (EIV), перетворюючись на загальні клубові вени (CIV).

UVP анастомозує з яєчковим венозним сплетенням (OVP), яке впадає в яєчникові вени. Ліва яєчкова вена (LOV) майже завжди впадає в ліву ниркову вену, тоді як права яєчкова вена (ROV) — у нижню порожнисту вену, хоча й може впадати у праву ниркову вену (10% випадків). Клапани можуть бути відсутні в лівій (13-15% випадків) та правій (6%) яєчкових венах.

Синдром тазового венозного застою виникає в результаті первинних анатомічних венозних особливостей, таких як відсутність клапанів і венозна недостатність, і як наслідок дії вторинних механічних факторів, які викликають венозну обструкцію. Вважається, що венозна гіпертензія та розширення судин через недостатність клапанів (наприклад, яєчкової, клубової вен) або стеноз/обструкція венозного відтоку (компресія клубової та ниркової вен) можуть викликати біль та дискомфорт внаслідок активації ноцицепторів і спричинити такі симптоми, як варикозне розширення вен нижніх кінцівок і статевих органів (Kasher E. et al., 2023).

Гормональні фактори також відіграють певну роль у розвитку венозного повнокров'я. Кореляцію між синдромом застійних явищ у малому тазу та активністю яєчників можна пояснити фізіологічним впливом жіночих статевих гормонів. Естрогени викликають підвищену секрецію оксиду азоту, що призводить до посилення дилатації та ослаблення вен, спричиняючи більше навантаження на клапани. Дослідження показують, що рівні естрогенів значно вищі у жінок із варикозно зміненими венами, ніж з неуразженими судинами. Також коливання рівнів естрогенів впливає на ноцицептивну чутливість. Прогестерон має відповідну дію і послаблює клапани у венах малого таза. Крім того, симптоми можуть повністю зникати після менопаузи (Bałabuszek K. et al., 2022).

Обстеження пацієнтів із венозною дисфункцією

Діагностичний пошук у пацієнок із хронічним тазовим болем включає клінічне обстеження, інвазивні та неінвазивні методи дослідження. Ультразвукове дослідження (УЗД) залишається скринінговим методом першого порядку. Звичайний В-режим УЗД дозволяє оцінити анатомію таза та виключити додаткові утворення як причину порушення роботи вен, тоді як доплерографія вимірює параметри кровотоку. УЗД (трансвагінальне або трансабдоминальне) дозволяє оцінити не тільки діаметр вен, а й ступінь венозної недостатності та рефлюкс у реальному часі.

Діагностика стану вен нижніх кінцівок є допоміжним заходом, який відображає комплексне функціонування венозної системи. Променеві методи візуалізації також використовуються в пацієнтів з ураженням судин. Комп'ютерна томографія (КТ) надає зображення поперечного перерізу вен та точне анатомічне розміщення судин. Магнітно-резонансна томографія малого таза може забезпечити відмінну якість зображення та високу



Таблиця. Розлади, які мають симптоми, подібні до синдрому тазового повнокров'я

Гастроентерологія	Гінекологія	Опорно-руховий апарат	Неврологія та психіатрія	Урологія
Хронічний закреп	Аденоміоз	Фіброміалгія	Абдомінальна епілепсія/мігрень	Інтерстиціальний цистит
Дивертикулярна хвороба	Спайкова хвороба	Перелом куприка	Грижа пульпозного ядра	Рецидивуючі інфекції сечовивідних шляхів
Грижі	Рак або метастази	Патологія кульшового суглоба	Депресивний розлад	Дивертикул уретри
Запальні захворювання кишечника	Хронічні захворювання органів малого таза	Міофасціальний біль	Невралгія клубово-пахового, статево-стегнового або статевого нервів	
Синдром подразненого кишечника	Ендометріоз	Міалгія тазового дна	Нейропатичний біль	
Порфірія	Лейоміома матки	Синдром грушоподібного м'яза	Токсикоманія	
	Кісти яєчників	Запалення клубово-поперекового м'яза	Розлади сну	
	Опущення матки	Запалення крижово-клубового суглоба	Соматизація захворювань	

просторову роздільну здатність відтворення анатомічних деталей і судин малого таза. Магнітно-резонансна ангіографія з контрастним підсиленням забезпечує високу чутливість у діагностиці венозної недостатності (Antignani P. L. et al., 2019). Інвазивні дослідження органів і судин репродуктивної системи представлені катетер-спрямованою селективною флебографією, внутрішньосудинним УЗД і лапароскопічними методами діагностики.

Хронічний тазовий біль асоціюється з несприятливими когнітивними, поведінковими, сексуальними та емоційними наслідками, симптомами, які вказують на дисфункцію різних систем, включаючи репродуктивну систему, нижні сечовивідні шляхи, кишечник, тазове дно, міофасціальні структури, а також із неврологічними порушеннями.

Дана патологія часто потребує спільного між-дисциплінарного підходу за участю гінеколога, судинного хірурга, діагностичного та інтервенційного радіологів, уролога, невролога, психолога і психіатра, що іноді є доволі складним через значні розбіжності в інтерпретації результатів обстеження. Серед низки факторів, які сприяють розвитку хронічного тазового болю, синдром гіперемії в малому тазу становить від 16 до 31% випадків, займаючи друге місце за поширеністю після ендометріозу. Розпізнавання синдрому тазового повнокров'я є складним питанням через різноманітність клінічних ознак і симптомів. Крім того, багато захворювань невенозного походження мають схожі прояви (таблиця) (Bałabuszek K. et al., 2022).

Підходи до лікування синдрому тазового венозного повнокров'я

Фармакологічне лікування синдрому тазового венозного повнокров'я обмежене через невелику кількість спеціалізованих клінічних досліджень за участю даної категорії пацієнтів. Гормональна терапія, яка пригнічує функцію яєчників, продемонструвала певну ефективність, але супроводжувалася численними побічними ефектами. Натомість веноактивні препарати показали дієвість у лікуванні симптомів венозної недостатності.

Мікронізована очищена флавоноїдна фракція (МОФФ) є веноактивним лікарським засобом на основі флавоноїдів, який ефективно зменшує біль та дискомфорт, спричинені варикозним розширенням вен малого таза, і покращує венозний відтік.

Simsek et al. (2021) вивчали ефективність МОФФ у стандартній (1000 мг 1 раз на добу – досліджувана група 1) або подвійній дозі (1000 мг 2 рази на добу протягом 1 місяця, а потім 1000 мг 1 раз на добу протягом 1 місяця – досліджувана група 2) щодо полегшення тазового болю в пацієнтів із синдромом венозного повнокров'я. У результаті лікування було пов'язане зі значним зниженням показника інтенсивності болю за візуально-аналоговою шкалою з 3,4 до 1,2 бала ($p=0,03$) при застосуванні стандартної дози протягом 2 місяців і з 7,3 до 0,8 бала ($p=0,001$) при застосуванні подвійної дози протягом 1 місяця. Купірування болю було досягнуто в середньому через 13,7 та 3,1 дня у групах 1 та 2 відповідно ($p=0,0001$).



Важливе значення має швидше зменшення болю за допомогою більш інтенсивного режиму лікування, оскільки пацієнти із синдромом хронічного тазового болю часто застосовують різні ліки протягом тривалого часу без жодного ефекту. Крім значного впливу на тазовий біль МОФФ має сприятливий ефект на гемодинаміку тазових вен. Це проявлялося збільшенням швидкості кровотоку у внутрішніх клубових венах, зменшенням застою крові в тазових венозних сплетеннях, що було підтверджено даними дуплексного ультразвукового сканування і КТ з *in vivo* міченими еритроцитами. Зазначені ефекти зумовлені впливом МОФФ на тоніко-еластичні властивості тазових вен і підвищення їх скоротливої здатності.

Постмаркетингові дослідження показали, що препарат **Нормовен 1000** (виробництво АТ «Київський вітамінний завод») є терапевтично еквівалентним за показником ефективності оригінальному препарату в пацієнтів із хронічною венозною недостатністю. Лікарський засіб містить 1000 мг МОФФ (діосміну 900 мг і гесперидину 100 мг), за рахунок чого чинить ангіопротективну, капіляростабілізуючу, протинабрякову та протизапальну дію.

Застосування препарату Нормовен 1000 у пацієнтів із дисфункцією вен має ряд переваг:

- попереджує венозний застій і тромбоз;
- підвищує тонус венозної стінки;
- покращує лімфатичний відтік;
- нормалізує мікроциркуляцію.

Дослідження показали, що посилення венозного тону за рахунок МОФФ може покращувати кровообіг у малому тазу в пацієнтів із синдромом тазового венозного повнокров'я та полегшувати такі симптоми, як біль і відчуття важкості (Antignani P.L. et al., 2019).

Етіологія синдрому застійних явищ у тазових органах залишається недостатньо вивченою і є результатом комбінованого впливу різних факторів, включаючи генетичну схильність, анатомічні особливості, гормональні зміни, ушкодження венозної стінки, дисфункцію клапанів та венозну дилатацію. Гормональні чинники відіграють ключову роль у розвитку тазової венозної дисфункції, причому вплив жіночих статевих гормонів має першорядне значення. Очевидно, що гемодинамічні зміни у функціонуванні вен мають істотний вплив на жіночу репродуктивну систему. Обмеженість доступних терапевтичних опцій створює необхідність вивчення таргетних препаратів для покращення функціонування вен. Флавоноїди, зокрема МОФФ, показали ефективність і безпечність не лише при ураженні вен нижніх кінцівок, а й у жінок із синдромом тазового венозного повнокров'я. Вітчизняний препарат Нормовен 1000, що містить активну фракцію МОФФ, чинить венотонічну та ангіопротекторну дію.

Підготувала Катерина Пашинська

ВПРОДОВЖ
1000 РОКІВ
ВАРИКОЗ НЕ МАВ
ПЕРЕШКОД ...



- **МІКРОНІЗОВАНА ФРАКЦІЯ**
- **ЗРУЧНЕ ДОЗУВАННЯ**
- **ДОСТУПНА ЦІНА**

