



Синдром хронічного тазового болю у жінок

За матеріалами конференції



Синдром хронічного тазового болю як одна з актуальних проблем сучасного світу активно обговорюється лікарями різного профілю, зокрема гінекологами, урологами, неврологами, сімейними лікарями. Саме синдром хронічного тазового болю і варикозне розширення вен малого таза, їх діагностично-лікувальні аспекти були темою доповіді в режимі онлайн-конференції д.мед.н., професора кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету Тетяни Олексіївни Єрмоленко.

Згідно з визначенням Міжнародної спільноти по континенції (International Continence Society, ICS), хронічний тазовий біль – це наявність постійного чи епізодичного болю в ділянці таза, що пов'язаний із симптомами дисфункції нижнього відділу сечовивідного тракту, порушенням статевої функції та кишковими розладами, при відсутності доказів інфекційної чи будь-якої іншої природи захворювання.

Синдром хронічного тазового болю є діагнозом виключення, причому деколи взагалі не вдається визначити генез цього синдрому. Так, за даними статистики, кожній п'ятій жінці через хронічний тазовий біль виконували діагностичні оперативні втручання. У той же час у половині випадків інтєроперативно та гістологічно не виявляли хірургічної патології, а подальший маршрут пацієнток представляє собою трикутник: гінеколог-уролог-невролог.

Патогенетичні механізми, що лежать в основі розвитку синдрому хронічного тазового болю:

- зміни у функціональному стані центральної нервової системи;
- сегментарні вегетативні розлади;
- погіршення мікроциркуляції в матці та її придатках на фоні венозного застою;
- порушення трофічних процесів в органах малого таза;
- виникнення гормонального дисбалансу (Безношенко Г.Б, Савицкий П.А, 2010).

Найбільш частою патогенетичною причиною виникнення хронічного тазового болю є варикозне розширення вен малого таза (ВРВМТ).

Фактори ризику розвитку ВРВМТ:

- менархе до 12 років;
- диспареунія;
- передменструальний синдром;
- понад три аборти в анамнезі;
- більше двох пологів в анамнезі;
- варикозно розширені вени нижніх кінцівок;
- ожиріння;
- спайковий процес органів малого таза;
- хронічний сальпінгофорит;
- пухлини яєчників, міома матки.

Протягом останнього десятиріччя з'явилась нова концепція виникнення варикозної хвороби, головну роль в якій відводять неklasифікованій дисплазії сполучної тканини (ДСТ) (Ільїн І.Ю, 2019).

ДСТ – це порушення розвитку органів і тканин в ембріогенезі і постнатальному періоді, морфологічною основою якого є зниження вмісту окремих типів колагену або ж порушення співвідношення між ними, що зумовлює зменшення міцності сполучної тканини. Оскільки остання становить понад 50% від маси людини, це визначає поліорганність ураження при ДСТ. Серед практично здорових осіб 35% мають ДСТ і 70% серед них – жінки. Генетична неоднорідність цієї патології визначає широкий діапазон її клінічних варіантів – від відомих генетичних синдромів (Марфана, Елерса – Данлоса) до численних недиференційованих (несиндромних) форм із мультифокальними механізмами розвитку.

Класичний портрет пацієнта з ДСК – це особа астеничної будови тіла, яка має сколіотичну поставу, довгі верхні та нижні кінцівки, деформовану та несиметричну грудну клітку. Для таких осіб характерною є аномальна гнучкість і мобільність суглобів.

ВРВМТ маніфестує у дівчаток із вродженою слабкістю сполучної тканини в пубертатному віці, коли під дією естрогенів відбувається фізіологічна та морфологічна перебудова венозної стінки органів малого таза.

Тестостерон стимулює фібропластичні реакції, прискорює синтез сполучної тканини, зумовлюючи її міцність. Естрогени збільшують кількість опасистих клітин, що викликає набряк сполучної тканини і формування ексудативних реакцій. Під час цього відбувається передчасне дозрівання фібробластів з продукцією легкорозчинного та еластичного колагену. ВРВМТ має прогресивний перебіг у 19,4% дівчаток віком 3-17 років та у 80% жінок репродуктивного віку. Оскільки венозна сітка малого таза у жінок має ряд особливостей з боку будови, функціонального стану та гормональної залежності, це спричиняє «ідеальні» умови для розвитку варикозної хвороби.

До модифікованих факторів ризику ВРВМТ відносяться:

- особливості праці (робота, що пов'язана з тривалим вимушеним стоячим чи сидячим положенням, або важка фізична праця);
- сексуальна дисфункція (диспареунія, відсутність оргазму);
- багаторазові вагітності і пологи;
- гінекологічні захворювання (запальні захворювання органів малого таза, ендометріоз, пухлини яєчників, пролапс геніталій, порушення менструального циклу і гіперестрогенія).

Найбільш частими клінічними проявами ВРВМТ є:

- хронічний тазовий біль, що виникає після тривалих статичних і динамічних фізичних навантажень з посиленням у другу фазу менструального циклу із виникненням больових кризів, що провокуються екзогенними та ендогенними причинами;
- диспареунія (у 75% жінок);
- дисменорея: збільшення тривалості менструального циклу на 6-10 днів (12%), тривалі мажучі виділення (37%), ясні менструації (35%);
- збільшення тривалості менструального циклу до 50-80 днів;
- дизуричні розлади, викликані повнокрів'ям венозного сплетення сечового міхура;
- психічні відхилення (роздратованість, порушення працеспроможності, тривожність).

Окрім того, простежується взаємозв'язок між наявністю венозного застою в органах малого таза та гінекологічно-акушерською патологією (безпліддя, невиношування вагітності).

З метою вивчення стану біохімічних маркерів сполучної тканини у жінок з ВРВМТ було проведено дослідження за участю 87 пацієнток репродуктивного віку, які знаходились на обстеженні і лікуванні на базі КНП «Жіноча консультація № 1» м. Одеси. Контрольну групу становили 20 здорових жінок.

До методів дослідження віднесено:

- аналіз анамнезу та скарг пацієнток з боку репродуктивної системи, гінекологічний огляд;

- клінічну та інструментальну оцінку фенотипових ознак недиференційованої ДСТ;
- лабораторні дослідження (визначення добової екскреції оксипроліну і глікозаміногліканів із сечею);
- інструментальні методи дослідження (ультразвукове дослідження органів малого таза, доплерографія);
- ультразвукова денситометрія;
- статистичну обробку даних із використанням критеріїв Стьюдента.

Після проведення аналізу зібраних даних анамнезу та скарг пацієнток було встановлено, що 100% жінок страждають від синдрому хронічного тазового болю, а більше половини мають симптоми дисменореї та диспареунії. Крім того, після об'єктивного обстеження у пацієнток було виявлено астеничний тип тілобудови (57,9%), плоскостопість (70,2%), гіпермобільність суглобів (36,8%), гіпереластичність шкіри (64,9%), варикозне розширення вен промежини, сідничної ділянки, нижніх кінцівок (78,9%), а також у багатьох спостерегалась підвищена кровоточивість ясен, парадонтит, стрії, ангіоектазії, пігментні плями, міопія та ін. Пацієнтки мали велику кількість супутніх захворювань (гастроуденіт, хронічний тонзиліт, пролапс мітрального клапану, алергічні реакції, геморої, варикозне розширення вен нижніх кінцівок) у порівнянні з контрольною групою.

Згідно з отриманими даними, у пацієнток з ВРВМТ було виявлено підвищення рівнів біохімічних маркерів, що вказують на наявність ДСТ. Клінічні та інструментальні обстеження хворих, які мають три і більше фенотипових ознак ДСТ, дозволяють прогнозувати клінічно значущу дисфункцію одного чи декількох внутрішніх органів.

Основними напрямками лікування хронічного тазового болю є такі:

- покращання венозного відтоку від матки;
- корекція мікроциркуляторних розладів;
- лікування запальних явищ у стінці вен і навколишніх тканинах;
- нормалізація трофічних процесів у малому тазу;
- ліквідація несприятливого психоемоційного фону;
- корекція гормонального дисбалансу (Gambone J.C., Mittmann B.S. et al., 2012).

До консервативного лікування ВРВМТ належить наступне.

1. Нормалізація умов праці та відпочинку з включенням значних фізичних навантажень і тривалого перебування у вертикальному положенні.
2. Корекція раціону харчування за рахунок включення великої кількості овочів, фруктів і рослинної олії, повна відмова від гострої їжі, алкоголю і паління.
3. Щоденний висхідний контрастний душ на ділянку промежини і комплекс фізичних вправ.
4. Дихальна гімнастика.
5. Компресійний трикотаж.



6. Флебопротектори.

Збереження больового синдрому після виконання вищеписаних рекомендацій є одним із основних показань до хірургічного втручання, що включає ліквідацію патологічного рефлюксу крові через розширені гонадні вени.

Одним із компонентів консервативного лікування ВРВМТ є застосування флебопротекторів. Препаратом вибору в даному випадку може стати Флебодія 600. Цей лікарський засіб має такі фармакологічні ефекти:

- покращує мікроциркуляцію;
- підвищує тонус лімфатичних капілярів;
- підвищує тонус венозної стінки;
- має протизапальний і знеболюючий ефекти.

Препарат містить 600 мг діосміну в одній капсулі, що має тропність до пристінкового нор-адреналіну. Завдяки цьому досягається вплив на судинну стінку вен і судин ліфатичного русла. Флебодія 600 не впливає на стінку артерій, а також чинить помірну антиагрегантну дію. Доза та курс

прийому цього лікарського засобу визначається індивідуально у кожному конкретному клінічному випадку.

Висновки

1. Хронічний тазовий біль – складна медична категорія, що включає дисфункцію нижнього відділу сечовивідного тракту, порушення статевої функції та кишкові розлади при відсутності доказів інфекційної чи будь-якої іншої природи захворювання.

2. Найбільш частою патогенетичною причиною виникнення хронічного тазового болю є ВРВМТ.

3. Одним із компонентів консервативного лікування ВРВМТ є застосування флебопротекторів.

4. Флебодія 600 – препарат, що покращує тонус венозної стінки, лімфатичних капілярів, має протизапальний, знеболюючий та антиагрегантний ефекти та покращує клінічний перебіг хронічного тазового болю, спричиненого ВРВМТ.

Підготувала Іванна Садівська

ДАЙДЖЕСТ

Аntenатальне застосування дексаметазону у вагітних з високим ризиком передчасних пологів

Співробітники дослідницької групи ВООЗ ACTION (Antenatal Corticosteroids for Improving Outcomes in preterm Newborns, антенатальне застосування кортикостероїдів для поліпшення прогнозу у недоношених новонароджених) провели міжнародне рандомізоване дослідження, в якому вивчали безпечність та ефективність антенатального застосування глюкокортикоїдів у вагітних групи ризику передчасних пологів в країнах з обмеженими ресурсами.

У дослідження входили 2852 жінки (та їхні 3070 плодів) на строках вагітності від 26 тиж 0 днів до 33 тиж 6 днів з ризиком передчасних пологів із 29 лікарень вторинного та третинного рівня Бангладеш, Індії, Кенії, Нігерії та Пакистану. Учасницям призначали внутрішньом'язово дексаметазон або плацебо. Основними кінцевими точками були смерть новонароджених, мертвонародження або смерть новонароджених, а також можлива бактеріальна інфекція у матері. Показники смертності новонароджених, мертвонародження або смертності новонароджених оцінювали за допомогою аналізів «переважаючої ефективності», а частоту можливої бактеріальної інфекції у матері – за допомогою

аналізу «не нижчої ефективності» з використанням заздалегідь визначеної межі 1,25 за відносною шкалою.

Дослідження було зупинено для отримання переваги на етапі другого проміжного аналізу. Частота смертності новонароджених становила 19,6% (278 з 1417 немовлят) у групі дексаметазону та 23,5% (331 з 1406 немовлят) у групі плацебо (відносний ризик [ВР] 0,84; 95% довірчий інтервал [ДІ]: 0,72-0,97; $p = 0,03$). Мертвонародження або смерть новонароджених мали місце у 393 з 1532 (25,7%) та у 444 з 1519 (29,2%) плодів та немовлят відповідно (ВР 0,88; 95% ДІ: 0,78-0,99; $p = 0,04$); частота можливих бактеріальних інфекцій у матері становила 4,8 та 6,3% відповідно (ВР 0,76; 95% ДІ: 0,56-1,03). Не встановлено значної різниці між групами у частоті виникнення побічних явищ.

Серед вагітних у країнах з обмеженими ресурсами, яким загрожували ранні передчасні пологи, використання дексаметазону привело до значно нижчих ризиків смерті новонароджених та мертвонародження або смерті новонароджених порівняно з використанням плацебо без підвищення частоти можливих бактеріальних інфекційних захворювань у матері.

За матеріалами:

[https://www.nejm.org/doi/](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2022398?query=featured_home)

[full/10.1056/NEJMoa2022398?query=featured_home](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2022398?query=featured_home)

флебодіа

600 МГ діосмін

Дві проблеми – одне рішення!

Полегшення
симптомів
лімфовенозної
недостатності^{1,2,3}

1 таблетка
на добу



біль • тяжкість • трофічні розлади

Пролонгована Дія

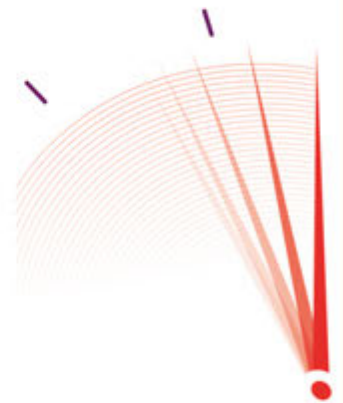


Флеботонік та
ангіопротектор³

Швидке
зменшення
симптомів
геморою^{3,4,5,6}

біль • набряк • кровотеча

3 таблетки
на добу



1. R. Barbe Etude de la durée d'action du Diovenor avec contrôle par pléthysmographie, Tribune médicale, 1988, n°270, p49-50.
2. Cazaubon M. et al. Etude comparative d'acceptabilité, d'efficacité et de tolérance de deux formes galéniques de diosmine 600 mg, dans le traitement des symptômes de la maladie veineuse chronique. Angiologie, 2011, vol.63, n°2.
3. SmPC Phlebodia 600 mg (diosmin) .Im-coated tablet.
4. Chauvenet M., Libeskind M. Intérêt de la diosmine d'hémisynthèse dans la poussée hémorroïdaire aiguë. Essai multicentrique randomisé en double insu versus placebo. Rev Fr Gastro-Entérologie 1994 ; 303 : 3-8.
5. Kecmanovic D. et al - The use of Phlebodia® in the management of bleeding non-prolapsed haemorrhoids. Acta Chirurgica Iugoslavica 2005, 52, 1, 115-116
6. Debien P., Denis J. Traitement des signes fonctionnels de la crise hémorroïdaire aiguë : Essai multicentrique, randomisé, diosmine d'hémisynthèse versus association extrait de Ginkgo biloba-heptaminol troxérutine. Med Chir Dig 1996 ; 25 (5) : 259-64.

ФЛЕБОДІА 600 мг

Склад: 1 таблетка містить діосмін, що відповідає 600 мг діосміну безводного чистого; **Фармакотерапевтична група.** Ангіопротектори. Капіларостабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Код АТХ C05C A03.

Показання. Полегшення симптомів лімфовенозної недостатності: важкість у ногах, біль, трофічні розлади. Комплексне лікування функціональних станів, що супроводжуються підвищеною проникністю капілярів. Лікування функціональних симптомів гострого геморою. **Противпоказання.** Гіперчутливість до компонентів препарату, особливо у пацієнтів, схильних до алергічних реакцій на кошеніль червоного А (Е 124). Препарат не рекомендується застосовувати у період годування груддю. **Спосіб застосування та дози.** Для перорального застосування. **Лімфовенозна недостатність:** 1 таблетка на день вранці перед сніданком. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від перебігу захворювання. Середня тривалість лікування становить 2 місяці. **Гострий геморої:** 2–3 таблетки на день під час прийому їжі протягом 7 днів. Якщо після лікування симптоми геморою не зникають, слід звернутися до лікаря для корекції лікування. Максимальна добова доза – 1800 мг (3 таблетки). **Побічні реакції.** Можливі алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж. Рідко можливі диспептичні розлади, головний біль. Поодинокі випадки шлунково-кишкових розладів, які рідко призводять до припинення лікування. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Виробник.** Іннотера Шузі, Франція / Innothera Chouzy, France. **Реєстраційне посвідчення** № UA/8590/01/01 Наказ Міністерства охорони здоров'я України 01.08.18 № 1422



Представництво «Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ» в Україні,
01001, м. Київ, вул. Мала Житомирська/Михайлівська, буд. 6/5. Виробник: Іннотера Шузі (Франція).