

Яковлева Э.Б., Бугаев А.Б.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, Донецк, Украина

Yakovleva E., Bugaev A.

Donetsk National Medical University, Donetsk, Ukraine

## Болевой синдром и варикозное расширение вен малого таза: возможности превентивного подхода

Pain and pelvic veins varicosis: the possibility of prevention

---

### Резюме

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности венотоников для вторичной профилактики возникновения болевого синдрома у женщин репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза.

Было обследовано 65 женщин репродуктивного возраста. Все женщины методом случайной выборки были разделены на две группы: основную (n=33) и сравнения (n=32). Все пациентки до включения в данное исследование получали препарат Нормовен в течение 3 мес. В процессе исследования пациентки основной группы получали Нормовен в течение месяца через 3 мес. от окончания основного лечебного курса с повтором еще через 3 мес. Женщины группы сравнения наблюдались в динамике. Пациентки обеих групп были осмотрены через 6 мес. после окончания основного курса терапии (момента включения их в данное исследование).

Оценка жалоб показала, что за время исследования рецидив болевого синдрома зарегистрирован у 12,12% обследованных в 1-й группе и у 59,38% – во 2-й (p<0,05). Женщины, получавшие профилактические курсы, субъективно оценивали боль как менее выраженную, чем те, которые ничего не получали. Так в 1-й группе средняя оценка по визуальной аналоговой шкале составила 2,75±0,09 балла, тогда как во 2-й – 3,11±0,06 балла (p<0,05).

При оценке параметров кровотока в начале и конце исследования показано, что, если у пациенток основной группы удалось поддержать их на достигнутом уровне, то в группе сравнения отмечено их ухудшение.

Авторы пришли к выводу, что вероятность рецидива болевого синдрома при варикозном расширении вен малого таза повышается через 3 мес. от окончания основного курса терапии; назначение коротких профилактических курсов венотоника каждые 3 месяца позволяет стабилизировать состояние и предупредить рецидив.

**Ключевые слова:** варикозное расширение вен малого таза, синдром хронической тазовой боли, диосмин, гесперидин.

---

### Resume

The purpose of this study was to evaluate the venotonics effectiveness for secondary prevention of pain in reproductive age women with pelvic veins varicosis.

Were examined 65 reproductive age women. All women were randomly divided into two groups: basic (n=33) and comparison (n=32). All patients before inclusion in this study received treat the Nor-

---

moven for 3 months. During the study patients of main group received Normoven within a month after 3 months from the end of the main course of treatment with repeated course 3 months later. Women in the comparison group were observed in dynamics. Patients from both groups were examined at 6 months after the end of the main course of therapy (the time of inclusion into the study).

Evaluation of complaints showed that during the study recurrence of pain was recorded in 12.12% of patients in the first group and 59.38% – in the second ( $p < 0,05$ ). Women who received preventive courses, subjectively assessed pain as less pronounced than those who received nothing. So in the 1st group, the average score on a visual analog scale was  $2,75 \pm 0,09$  points, while in the 2nd –  $3,11 \pm 0,06$  points ( $p < 0,05$ ).

Analysis of the blood flow parameters at the beginning and end of the study shows that, if in the study group they maintain at the same level, in the comparison group they deteriorate.

The authors concluded that the likelihood of recurrence of pain due to pelvic veins varicosis increases after 3 months from the end of the main course of therapy; appointment of short preventive courses of venotonics every 3 months stabilize the situation and prevent recurrence.

**Keywords:** pelvic veins varicosis, chronic pelvic pain syndrome, diosmin, hesperidin.

---

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Среди женщин, обращающихся к гинекологу по поводу хронических тазовых болей, частота варикозной болезни малого таза достигает 30% [1]. Распространенность варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) колеблется в широких пределах и составляет от 5,4 до 80%, что свидетельствует о неоднозначности диагностических и тактических подходов [1, 2].

В настоящее время существует множество консервативных и интервенционных методов лечения ВРВМТ. Консервативное лечение ВРВМТ лишено многих недостатков оперативных методов лечения. Основные задачи патогенетического лечения: восстановление венозного тонуса, улучшение гемодинамики и улучшение трофических процессов в органах малого таза. Симптоматическая терапия ВРВМТ направлена на устранение отдельных клинических проявлений заболевания, в первую очередь болевого синдрома [1, 5].

В лекарственной терапии ВРВМТ используются препараты различных фармакологических групп [1]. В основном применяются венотропные препараты [1]. Данные исследований показывают, что применение курсового флеботропного лечения у больных с локальной варикозной трансформацией вен матки и параметрия приводит к купированию болевого синдрома, диспареунии, нормализации менструального цикла [4, 6–8]. Однако зачастую после прекращения лечения через некоторое время боли возвращаются. Поэтому большинство авторов сходятся во мнении, что основной принцип при лечении застойного тазового синдрома и его вторичной профилактики – периодический курсовой прием препаратов.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности венотоника Нормовен для вторичной профилактики возникновения болевого синдрома у женщин репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза.

На основании сонографических исследований установлено, что варикозное расширение вен таза встречается у 5,4% условно здоровых женщин, у 15,7% женщин с выявленной гинекологической патологией [3, 4].

Ультразвуковое исследование проводилось на сканере Medison SA-8000 EX с использованием интравагинального датчика в режимах эхографии и доплерографии, включающей цветное доплеровское картирование (ЦДК) и импульсную доплерографию.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи было обследовано и пролечено 65 женщин репродуктивного возраста. Критерии включения в исследование: в исследование были включены женщины, прошедшие курс лечения препаратом Нормовен в связи с тазовыми болями на фоне варикозного расширения вен малого таза с положительным результатом от лечения. Критерии исключения из исследования: острые и подострые воспалительные заболевания органов малого таза; беременность; онкологические заболевания; заболевания печени; эндометриоз; миома матки; опухоли яичников; наличие тромбов в сосудах малого таза при обследовании, отказ пациенток от длительного наблюдения.

Оценивались данные соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза. Обследование включало: оценку объективного статуса, включая гинекологическое исследование; общеклинические анализы (общий анализ крови и мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, цитологический мазок, анализ выделений из влагалища на флору).

Комплексное ультразвуковое исследование включало: определение внутреннего диаметра вен сосудистых сплетений (брался максимальный диаметр в мм); определение пиковой систолической скорости кровотока (в см/с). Все измерения производились на 7–11-й день менструального цикла.

Общепринятой классификации варикозного расширения вен малого таза в настоящее время не существует. В связи с тем, что изолированная эктазия какого-либо одного венозного сплетения из-за особенностей системы венозных анастомозов в практике встречается чрезвычайно редко [7, 8], оценку гемодинамики вен малого таза проводили без учета конкретных сплетений. По результатам сонографических исследований мы пользовались наиболее распространенным в настоящее время подходом, и выделяли 3 степени варикоза: первую диагностировали при диаметре вен 5–6,99 мм, вторую – 7–9,99 мм, третью – 10 мм и более. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале.

Все женщины методом случайной выборки были разделены на 2 группы: основную (группа 1, n=33) и сравнения (группа 2, n=32). Все пациентки до включения в данное исследование получали препарат Нормовен (ПАО «Киевский витаминный завод») по 2 таблетки 2 раза в сут. в течение 10 дней, а затем 1 раз в сут. до 3 мес. Препарат хорошо зарекомендовал себя и широко используется для лечения различных проявлений вено-лимфатической недостаточности, который предупреждает венозный застой и тромбоз (особенно в нижних конечностях). Нормовен (флавоноидная фракция, содержащая диосмин, гесперидин) – ангиопротектор, оказывает разностороннее действие, что позволяет избежать полипрагмазии в лечении больных с ВРВМТ. С одной стороны, препарат оказывает флеботонизирующее действие: уменьшает растяжимость вен, повышает их тонус, уменьшает венозный застой, улучшает лимфатический дренаж, с другой – улучшает микроциркуляцию: повышает резистентность капилляров, уменьшает их проницаемость; а также оказывает противовоспалительное действие: усиливает сосудосуживающий эффект адреналина, блокирует выработку свободных радикалов, синтез простагландинов и тромбосана.

В процессе исследования пациентки основной группы получали Нормовен по 2 табл. в сут. в течение месяца через 3 мес. от окончания основного лечебного курса с повтором еще через 3 мес. Женщины группы сравнения наблюдались в динамике.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток достоверно не отличался и составил  $35,42 \pm 1,17$  и  $34,58 \pm 0,93$  года ( $p > 0,05$ ) соответственно группам.

Жалоб на боли на момент включения в исследовании женщины не предъявляли, так как это было одним из критериев включения в исследование.

Существенных различий в семейном, соматическом и гинекологическом анамнезе между группами не выявлено (данные не приведены). Тем не менее, надо отметить, что заболевания вен различной локализации (геморроидальных, нижних конечностей) у обследованных женщин встречались намного чаще по сравнению со средней частотой в популяции.

Изучение показателей коагулограммы до начала лечения не выявило существенных различий между пациентками с ВРВМТ ( $p > 0,05$ ) и они находились в пределах референтных значений (данные не приведены).

Инструментальное исследование показало, что внутренний диаметр вен малого таза у обследованных женщин колебался от 5,0 до 10,0 мм и в среднем составил  $6,51 \pm 0,23$  мм. Необходимо отметить, что в обеих группах регистрировались только I или II степень дилатации вен (табл. 1). Отсутствие среди них женщин с III степенью объясняется, по-видимому, тем, что, как показали ранее проведенные нами исследования [9], болевой синдром при значительных степенях расширения тазовых вен полностью не исчезает, а это являлось критерием исключения из исследования.

Характеристики кровотока по результатам доплеровского исследования на момент включения в исследование существенно не отличались в обеих группах: преобладали пациентки с монотонным или двухфазным кровотоком (табл. 2).

Пациентки обеих групп были осмотрены через 6 мес. после окончания основного курса терапии (момента включения их в данное исследование). За это время женщины из основной группы получили 2 профилактических курса с использованием флеботоника, а группы сравнения – нет.

Оценка жалоб показала, что у части женщин возобновился болевой синдром, причем в группе сравнения таких было значительно больше. Необходимо отметить, что в первые 3 месяца боли начали беспокоить

Статистическая обработка данных выполнялась на ПК с использованием пакетов программ Word и Excel. Рассчитывались средние величины, ошибка средней и доли. Данные считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Таблица 1**  
**Распределение обследованных пациенток по степени дилатации вен малого таза, n%**

Группы	Степень дилатации			
	I		II	
	n	%	n	%
Основная, n=33	21	63,64	12	36,36
Сравнения, n=32	24	75,0	8	25,0

**Таблица 2****Распределение обследованных пациенток в зависимости от вида кровотока и степени дилатации вен малого таза, n (%)**

	Степень дилатации			
	I		II	
	До лечения	Через 6 мес.	До лечения	Через 6 мес.
Основная, n=33				
Монотонная	6 (18,18)	5 (15,15)	4 (12,12)	6 (18,18)
двухфазная	15 (45,45)	16 (48,48)	8 (24,24)	6 (18,18)
Двухфазная с нулевым кровотоком	0	0	0	0
С реверсивным кровотоком	0	0	0	0
Сравнения, n=32				
Монотонная	10 (31,25)	6 (18,75)	3 (9,38)	0
Двухфазная	14 (43,75)	11 (34,38)	5 (15,63)	4 <sup>2</sup> (12,50)
Двухфазная с нулевым кровотоком	0	6 <sup>1</sup> (18,75)	0	3 <sup>1,2</sup> (9,38)
С реверсивным кровотоком	0	0	0	1 (3,13)

Примечания: <sup>1</sup> – различия достоверны относительно 1-й группы,  $p < 0,05$ ;<sup>2</sup> – различия достоверны относительно исходного состояния,  $p < 0,05$ .

только 3 (9,09%) пациенток в основной и 2 (6,25%) – в группе сравнения ( $p > 0,05$ ). Во всех случаях зарегистрированы провоцирующие факторы в виде болезни или тяжелого психологического стресса. Через 4 мес. боли возобновились еще у 6 (18,75%) женщин группы сравнения, через 5 – у 4 (12,5%) и через 6 – еще у 7 (21,88%). Тогда как среди пациенток, получавших профилактические курсы, жалобы дополнительно появились только у 1 (3,03%) женщины. Другими словами, за время исследования рецидив болевого синдрома зарегистрирован у 4 (12,12%) обследованных в группе 1 и у 19 (59,38 %) – в группе 2 ( $p < 0,05$ ).

Женщины, получавшие профилактические курсы, субъективно оценивали боль как менее выраженную, чем те, которые ничего не получали. Так в 1-й группе средняя оценка по визуальной аналоговой шкале составила  $2,75 \pm 0,09$  балла, тогда как во 2-й –  $3,11 \pm 0,06$  балла ( $p < 0,05$ ).

Подобные тенденции зарегистрированы также при оценке параметров кровотока в начале и конце исследования. Так, если у пациенток основной группы удалось поддержать их на достигнутом уровне, то в группе сравнения отмечено их ухудшение, а именно: среднее значение максимальной скорости венозного кровотока составило  $7,01 \pm 0,65$  см/с и  $6,84 \pm 0,52$  см/с ( $p > 0,05$ ) соответственно группам в начале наблюдения и  $7,23 \pm 0,48$  см/с и  $6,33 \pm 0,62$  см/с через 6 мес. ( $p < 0,05$ ). Кроме того, в группе сравнения достоверно увеличилось количество женщин с двухфазным нулевым кровотоком, тогда как в основной существенных изменений в структуре распределения по виду кровотока не произошло (табл. 2).

Просвет вен у пациенток, получавших профилактическое лечение, стабилизировался на достигнутом уровне, а у женщин, наблюдавшихся в динамике, начал увеличиваться (табл. 3).

На фоне проводимого консервативного лечения показатели коагулограммы в обеих группах существенно не изменились ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 3****Распределение обследованных пациенток по степени дилатации вен малого таза, мм**

Группы	Степень дилатации			
	I		II	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная, n=33	4,72±0,24	4,58±0,31	7,85±0,42	7,54±0,48
Сравнения, n=32	5,11±0,19	6,07±0,25 <sup>1,2</sup>	8,61±0,53	9,37±0,49 <sup>1,2</sup>

Примечания: <sup>1</sup> – различия достоверны относительно 1-й группы, p<0,05;<sup>2</sup> – различия достоверны относительно исходного состояния, p<0,05.

## ■ ВЫВОДЫ

1. Вероятность рецидива болевого синдрома при варикозном расширении вен малого таза повышается через 3 мес. от окончания основного курса терапии.
2. Назначение коротких профилактических курсов венотоника каждые 3 мес. позволяет стабилизировать состояние и предупредить рецидив.
3. Проведение профилактических курсов выгодно как с экономической (стоимость профкурса ниже лечебного), так и медицинской точки зрения (ниже медикаментозная нагрузка на организм, выше качество жизни).

Вышесказанное позволяет рекомендовать флеботоник Нормовен в качестве вторичной профилактики болевого синдрома при наличии варикозного расширения вен малого таза.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Хоменко, Н.Е. Варикозная болезнь вен малого таза (этиопатогенез, диагностика, лечение) / Н.Е. Хоменко, Ю.Э. Восканян, С.А. Гаспарян // ЖРОАГ. – 2006. – № 1. – С. 44–47.
2. Богачев, В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза / В.Ю. Богачев // Consilium medicum. – 2006. – № 1 (1). – С. 20–23.
3. Кириенко, А.И. Диагностика варикозной болезни вен малого таза / А.И. Кириенко, С.Г. Гаврилов, А.В. Каралкин [и др.] – Анналы хирургии. – 20003. – № 4. – С. 51–56.
4. Мозес, В.Г. Опыт консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин, перенесших воспалительный процесс внутренних гениталий / В.Г. Мозес, А.Б. Розенберг // Ультразвук. диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 2000. – № 4. – С. 297–298.
5. Гаврилов, С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние проблемы / С.Г. Гаврилов, О.И. Бутенко, М.А. Черкашин // Анналы хирургии. – 2003. – №1. – С. 7–12.
6. Флебология: рук-во для врачей / под ред. В.С. Савельева. – М., 2001.
7. Ющенко, А.Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь? / А.Н. Ющенко // Новости медицины и фармации. – 2005. – № 9 (169). – С. 14–16.
8. Майоров, М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике / М.В. Майоров // Провизор. – 2003. – № 23. – С. 17–19.
9. Яковлева, Э.Б. Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли / Э.Б. Яковлева, О.М. Бабенко, А.Б. Бугаев // Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 2 (57). – С. 134–139.

Поступила в редакцию 22.01.2015

Контакты: profidom@ukr.net