

*Э.Б. Яковлева, О.М. Бабенко, А.Б. Бугаев*

**Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина*

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

Хроническая тазовая боль составляет 10% всей патологии, с которой женщины обращаются к гинекологу, а в некоторых случаях, ввиду безуспешности консервативной терапии, даже подвергаются оперативному лечению [1]. Постоянные тазовые боли у женщин часто вызывают физические и моральные страдания, приводят к утрате трудоспособности. Высокая частота, трудности диагностики, отсутствие оптимальных схем патогенетического лечения, а также большое социальное значение этой патологии и обусловило введение в обиход понятия синдрома хронических тазовых болей (СХТБ) [1,2].

Среди женщин, обращающихся к гинекологу по поводу хронических тазовых болей, частота варикозной болезни малого таза достигает 30%. Венозная недостаточность, приводящая к тазовым болям в 38–40% случаев, вызывает у 10–12% пациенток временную утрату трудоспособности, правильный диагноз при этом ставится лишь у 2% [1].

В настоящее время для обозначения варикозной болезни вен малого таза в литературе используются большое количество терминов: тазовый варикоз, тазовая варикозная недостаточность, тазовая венозная патология, тазовое варикоцеле, варикозная болезнь вен малого таза, варикозное расширение вен малого таза, синдром венозного полнокровия малого таза, застойный тазовый синдром [1,2,3,4].

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 [1,4]. Частота развития ВРВМТ обусловлена возрастом пациенток, локализацией процесса, а также наличием сопутствующей гинекологической патологии. 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 [5,6].

Разнообразие клинических проявлений ВРВМТ часто приводит к тому, что варикозная болезнь протекает под маской других гинекологических заболеваний [4,5]. Пациентки с варикозной болезнью вен малого таза часто и длительно лечатся от «хронических воспалительных заболеваний органов малого таза». Поэтому наиболее часто диагностические ошибки совершаются на этапе оценки клинических данных заболевания [6].

В настоящее время использование современных методов ультразвуковой диагностики позволяет установить правильный диагноз. В клинической практике диагноз устанавливается на основании результатов ультразвукового исследования. Применение ультразвуковых методов исследования представляет существенные возможности в диагностике нарушений венозной гемодинамики в органах малого таза у женщин. Основным критерием выраженного флебостаза в органах малого таза, который играет ведущую роль в диагностике ВРВМТ, является увеличение диаметра основных венозных коллекторов – маточных, яичниковых, дугообразных и внутренних подвздошных вен [5,7].

Этиологическим лечением ВРВМТ является устранение рефлюкса по гонадным венам, что может проводиться как хирургическим, так и консервативным методом [3,6,8].

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 [1,2].

В лекарственной терапии ВРВМТ используются препараты различных фармакологических групп [1]. В основном применяется сочетание одного из венотропных препаратов с препаратами, обладающими антиагрегантными свойствами [1].

Сохранение болевого синдрома служит показанием к хирургическому вмешательству, основной целью которого является ликвидация патологического рефлюкса крови через расширенные гонадные вены [1,9,10].

**Целью** настоящего исследования явилась оценка эффективности венотоника Нормовен у женщин репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза и синдромом хронических тазовых болей.

### **Материал и методы**

Для решения поставленной задачи было обследовано и пролечено 60 женщин репродуктивного возраста. Критерии включения в исследование: наличие нерегулярных тазовых болей в течение 6 месяцев и более на фоне варикозного расширения вен малого таза. 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.

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).

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 доплерометрию.

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 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 обследования проводили до и после лечения [8].

Все женщины с ВРВМТ методом случайной выборки были разделены на две группы: основную и сравнения (по 30 пациенток). Пациентки основной группы получали Нормовен (ОАО "Киевский витаминный завод") по 2 таблетке 2 раза в сутки в течение 10 дней, а затем 1 раз в сутки, полный курс терапии 3 месяца. 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 тромбоксана.

Женщины группы сравнения получали терапию 17-оксипрогестероном, который, согласно международным рекомендациям, является первой линией терапии хронической тазовой боли. Препарат назначали внутримышечно 1 мл 12,5% раствора 1 раз в 4 недели трижды.

В качестве контрольной группы обследованы 15 гинекологически здоровых женщины, которые обратились в отделение планирования семьи ДРЦОМид для подготовки к беременности. Женщины в контрольную группу подбирались по возрасту по принципу случай-контроль.

В процессе исследования 1 женщина основной группы не явилась на контрольный визит через 3 месяца, а из группы сравнения выбыло 3 женщины, которые отказались от продолжения терапии в связи с наличием побочных явлений в терапии (у 1 зарегистрирована нежелательная прибавка веса, а у 2 – возникли ациклические кровотечения). Данные указанных пациенток были исключены из статобработки.

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

### **Результаты и обсуждение**

Средний возраст пациенток с ВРВМТ составил  $34,8 \pm 2,4$  года и не отличался от такового в контрольной группе ( $33,5 \pm 2,7$  года,  $p > 0,05$ ), что объясняется критериями отбора пациенток в указанную группу.

Жалобы на ациклические боли имелись у всех 56 пациенток (100,0 %), дисменорею – у 10 (17,9 %) и диспареунию – у 7 (12,5 %). Большинство обследованных отмечали появление или усиление болей после длительного нахождения в вертикальном положении, поднимании тяжестей, после стрессов (49 или 87,5 %), часть также указывала на усиление болей во вторую фазу цикла (17 или 30,4 %). Боли зачастую были невыраженные, но носили достаточно постоянный характер, что нарушало качество жизни пациенток. По аналоговой шкале оценки боли они оценивали ее от 2 до 5 баллов (средний показатель составил  $3,6 \pm 0,4$  балла).

При сравнении семейного анамнеза отмечено, что в основной и группе сравнения достоверно чаще регистрировались заболевания вен (65,5 и 55,6 % по сравнению с 20 % в контроле,  $p < 0,05$ ), сердечно-сосудистой системы, в первую очередь гипертоническая болезнь (48,3 и 51,9 % по сравнению с 26,7 %,  $p < 0,05$ ).

Анализ соматического анамнеза показал, что у обследованных с ВРВМТ достоверно чаще регистрировалось расширение геморроидальных вен (51,7 и 66,6 % по сравнению с 13,3 % у гинекологически здоровых женщин,  $p < 0,05$ ) и вен нижних конечностей (51,7 и 66,6 % по сравнению с 6,7 %, ( $p > 0,05$ )). По частоте другой экстрагенитальной патологии, а также акушерскому анамнезу группы достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ).

Необходимо отметить, что большинство женщин основной и группы сравнения (89,7 и 92,6 %) имели в анамнезе воспалительные заболевания органов малого таза, по поводу чего неоднократно получали лечение. Указанную находку можно объяснить либо тем, что воспалительные процессы гениталий создают условия для развития ВРВМТ либо ошибками в диагностике, когда боль в результате застойного синдрома расценивали как боль вследствие воспалительного процесса.

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

Инструментальное исследование показало, что диаметр вен малого таза у женщин контрольной группы не зависел от места измерения и колебался в пределах 2,0-5,0 мм (в среднем  $3,6 \pm 0,1$  мм). Полученные результаты полностью совпадают с данными литературы, о том, что диаметр сосудов венозных сплетений малого таза в норме не превышает 5 мм [1,7].

Кривые кровотока в большинства обследованных группы контроля были монотонными (11 или 73,3 %), у остальных они были двухфазными, но ни в одном случае кривая не достигала нулевых значений. Максимальная скорость венозного кровотока колебалась от 5,0 до 15,0 см/с, средние значения составляли  $8,7 \pm 1,4$  см/с.

Внутренний диаметр вен у пациенток с хронической тазовой болью колебался от 5,0 до 13,0 мм и в среднем составил  $8,2 \pm 0,6$  мм. Распределение пациенток в зависимости от степени расширения вен малого таза представлено в табл. 1.

Таблица 1

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

Группы	Степень дилатации					
	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
Основная, n=29	19	65,5	7	24,1	3	10,3
Сравнения, n=27	20	74,1	5	18,5	2	7,4

Пиковые значения венозной скорости кровотока у пациенток с ВРВТ снижались по мере прогрессирования степени дилатации вен ( $6,9 \pm 0,8$  и  $6,7 \pm 1,1$  см/с соответственно в

основной и группе сравнения при I степени дилатации, при II –  $6,7 \pm 1,1$  и  $6,5 \pm 0,9$  см/с соответственно, а при III –  $6,1 \pm 1,2$  и  $5,9 \pm 1,3$  см/с), но различия оказались статистически не достоверными ( $p > 0,05$ ). В тоже время указанные показатели были существенно ниже таковых у здоровых женщин ( $p < 0,05$ ). Просвет вен малого таза у всех обследованных пациенток был однородным, анэхогенным, что указывает на отсутствие в них тромбов. Данный результат объясняется тем, что критериями исключения из данного исследования было наличие тромбов в связи назначением в дальнейшем гормональной терапии.

В таблице 2 представлены данные о характере кривой венозного кровотока у обследованных пациенток в зависимости от степени расширения вен. Из нее видно, что если для здоровых женщин характерны монотонные кривые скорости венозного кровотока, то у пациенток с ВРВМТ чаще регистрируются двухфазные кривые с появлением нулевых значений (связанных с дыханием) по мере прогрессирования эктазии, а при значительных степенях расширения вен у части обследованных отмечался реверсивный кровоток.

Таблица 2

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

	Степень дилатации					
	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
<b>Основная, n=29</b>						
монотонная	3	15,8	1	14,3	0	0
двухфазная	14	73,7	4	57,1	1	33,33
двухфазная с нулевым кровотоком	2	10,5	1	14,3	1	33,33
с реверсивным кровотоком	0	0	1	14,3	1	33,33
<b>Сравнения, n=27</b>						
монотонная	4	20,0	1	20,0	0	0
двухфазная	15	75,0	3	60,0	1	50,0
двухфазная с нулевым кровотоком	1	5,0	1	20,0	0	0
с реверсивным кровотоком	0	0	0	0	1	50,0

Как было отмечено ранее, все женщины с ВРВМТ в данном исследовании отмечали наличие болевого синдрома, его выраженность не зависела от показателей коагулограммы и степени расширения вен, но зарегистрирована отрицательная корреляция с пиковой скоростью кровотока ( $r = -0,37$ ,  $p < 0,05$ ) и положительная – с его

характером (при наличии нулевого или ретроградного кровотока болевой синдром был более выраженным,  $r=0,29$  и  $r=0,43$  соответственно,  $p<0,05$ ).

Полученные данные позволяют предположить, что болевой синдром у пациенток с застойным тазовым синдромом, обусловлен не столько возбуждением обширных рефлексогенных зон в дилатированных венах, а наличием нарушений кровообращения и гипоксией тканей.

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

Выраженность болевого синдрома претерпела существенные изменения. Так, если до лечения все обследованные с ВРВМТ оценивали степень выраженности боли от 2 до 5 баллов, то после 3 месяцев терапии венотоником оценка была в пределах 0-2 балла (в среднем  $0,9\pm 0,1$  балла,  $p<0,05$ ), тогда как при лечении прогестином они остались в тех же пределах (в среднем  $3,4\pm 0,7$  балла,  $p<0,05$ ).

Динамика болевого синдрома в зависимости от степени расширения вен таза представлена в таблице 3. Из нее видно, что при I и II степенях эктазии практически у всех женщин исчезли жалобы на боли внизу живота, а у остальных состояние улучшилось. При значительном расширении вен такой выраженной положительной динамики достигнуть не удалось: боли исчезли только у трети больных, еще у трети зарегистрировано улучшение.

Таблица 3

**Динамика болевого синдрома в процессе терапии у обследованных пациенток, n/%**

	Степень дилатации					
	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
Основная, n=29	19		7		3	
исчезновение	17	89,5	6	85,7	1	33,33
улучшение	2	10,5	1	14,3	1	33,33
без изменений	0	0	0	0	1	33,33
ухудшение	0	0	0	0	0	0
Сравнения, n=27	20		5		2	
исчезновение	1	5,0	0	0	0	0
улучшение	2	10,0	1	20,0	0	0
без изменений	16	80,0	2	40,0	1	33,3
ухудшение	1	5,0	2	40,0	2	66,7

На фоне лечения 17-ОПК у большинства пациенток существенных изменений не произошло, а при значительном расширении вен даже отмечено усиление болевого синдрома.

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

Группы	Степень дилатации					
	I		II		III	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная, n=29	5,9±0,4	4,7±0,6*	8,8±1,1	7,9±1,2*	10,6±0,4	10,4±0,2
Сравнения, n=27	5,8±0,3	6,0±0,4	8,8±0,9	9,2±0,8	10,3±0,5	10,2±0,3

Через 3 месяца консервативной терапии у пациенток основной группы с I и II степенями эктазии зарегистрировано уменьшение просвета вен. Тогда как среднее значение внутреннего диаметра при III степени практически не изменилось (табл. 4).

Кроме уменьшения диаметра вен у женщин основной группы с I и II степенями дилатации, происходило некоторое повышение скоростных показателей кровотока (6,9±0,8 до 7,7±1,1 см/с при I степени и 6,7±1,1 до 6,8±0,7 см/с при II степени), однако достоверными изменения оказались только при I степени ( $p < 0,05$ ). При значительном расширении вен таза (III степень) существенных изменений кровотока в основной группе не зарегистрировано (6,1±1,2 см/с до лечения и 5,9±0,9 см/с – после,  $p > 0,05$ ).

Анализ состояния кровотока в венозных сплетениях малого таза у пациенток группы сравнения показал отсутствие положительной динамики при I и II степени дилатации (6,7±1,1 и 6,6±1,3 см/с до и после лечения при I степени; 6,5±0,9 и 6,2±1,2 см/с соответственно при II степени,  $p > 0,05$ ), тогда как при III степени эктазии отмечено достоверное снижение кровотока (5,9±1,3 и 5,2±0,7 см/с до и после лечения соответственно,  $p < 0,05$ ). Надо отметить, что у 1 из 2 женщин (50,0%) с выраженным расширением вен появились участки турбулентного кровотока, что может говорить об изменении сосудистой стенки у данной пациентки.

**Выводы**

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность препарата Нормовен для устранения синдрома хронических болей у женщин с застойным тазовым синдромом. Полученный эффект обусловлен улучшением эластичности сосудистой стенки, уменьшению диаметра расширенных вен и улучшению гемодинамики, что проявляется увеличением пиковой скорости кровотока, улучшением перфузии и оксигенации тканей, особенно в местах эктазий вен.

Проведенное исследование показало необходимость пересмотра диагностических и лечебных подходов к ведению пациенток с хронической тазовой болью с внесением флеботоников (Нормовен) в первую линию терапии 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. 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.
3. Савельев В.С. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей как общемедицинская проблема / В.С. Савельев, А.И. Кириенко, В.Ю.Богачев [и др.] // Consilium medicum. – 2004. – №6. – С. 433-436.
4. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза / В.Ю.Богачев // Consilium medicum. – 2006. – №1(1). –С.20-23.
5. 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.
6. 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.
7. Флебология: рук\_во для врачей / Под ред. В.С. Савельева. – М., 2001.
8. Ющенко А.Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь?/ А.Н. Ющенко // Новости медицины и фармации. – 2005. – № 9 (169). – С.14-16.
9. Майоров М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике / М.В. Майоров// Провизор. – 2003. – № 23. –С.17-19.
10. Кириенко А.И. Хирургическое лечение варикозной болезни малого таза /А.И. Кириенко, В.И. Прокубовский, В.Ю. Богачев // Материалы 3\_й конф. ассоц. флебологов России. – Ростов\_на\_Дону, 2001. – С. 150–150.

**Э.Б.Яковлева, О.М.Бабенко, Н.М.Бугаев**

**Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина*

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

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности венотоника Нормовен у женщин репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза и синдромом хронических тазовых болей.

Для решения поставленной задачи было обследовано и пролечено 60 женщин репродуктивного возраста с хроническим болевым синдромом на фоне варикозного расширения вен малого таза (3 пациентки не завершили исследование). Все женщины методом случайной выборки были разделены на две группы: основную и сравнения. Пациентки основной группы получали Нормовен, а группы сравнения – 17-оксипрогестерон в течение 3 месяцев. В качестве контрольной группы обследованы 15 гинекологически здоровых женщин. До и после лечения оценивали коагулограмму, выраженность болевого синдрома и состояние венозных сплетений малого таза с помощью ультразвукового исследования с оценкой диаметра вен и кровотока в них.