

Етіопатогенетичний підхід до консервативного лікування варикозного розширення вен малого таза у жінок

С.І. Жук, А.М. Григоренко

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Метою роботи стала клініко-лабораторна та інструментальна оцінка ефективності запропонованого нами патогенетично обґрунтованого консервативного лікування варикозного розширення вен малого таза у жінок репродуктивного віку. Запропоноване комплексне лікування включало пероральний прийом діосміну й хондроїтинсульфату протягом 6 міс, а також фізіотерапевтичні процедури. Результати проведеного дослідження свідчать, що запропоноване лікування є достатньо ефективним, а саме: забезпечує відновлення функції ендотелію варикозно розширених вен, динамічної рівноваги між вазодилатуючими та вазоконстрикторними чинниками, нормалізацію реологічних властивостей крові та обмінних процесів у сполучній тканині.

Ключові слова: варикозне розширення вен малого таза, консервативне лікування, флеботропна терапія.

Варикозне розширення вен малого таза – це хронічне захворювання з прогресивним перебігом, яке характеризується складним етіопатогенезом та поліморфізмом клінічної симптоматики, де домінуючим клінічним симптомом є хронічний тазовий біль [1, 2]. Складність діагностики, недостатня інформованість практичних лікарів щодо розширення вен таза зумовлюють високу частоту діагностичних помилок і як наслідок – вибір неадекватної тактики лікування [1, 6, 7].

Питанням лікувальної тактики варикозного розширення вен таза у жінок присвячено багато робіт, але слід визнати, що в жодній роботі не було спроб об'єднати різні терапевтичні методи в систему, яка б дозволяла здійснювати як лікування, так і вторинну профілактику захворювання. До теперішнього часу в науковій літературі триває дискусія про пріоритетність тих чи інших методів лікування варикозної трансформації тазових вен. Ситуація ускладнюється у випадку наявності в жінок гінекологічної патології, корекція якої передбачає використання гормональних препаратів. Складність вибору способу лікування визначається не тільки місцем варикозно змінених вен, але і необхідністю бути точно впевненим, що причина хронічних пелвалгій зумовлена саме розширенням гонадних вен та внутрішньотазових венозних сплеть [3, 4, 6]. Тому неодмінною умовою успішного лікування варикозного розширення вен таза є чітке уявлення патогенетичного механізму розвитку захворювання.

За даними наших попередніх досліджень, варикозне розширення вен малого таза слід розцінювати як поліетіологічне захворювання, в патогенезі якого лежать системне ураження сполучної тканини, порушення функції ендотелію та гормональний дисбаланс. Так, нами розроблений комплекс консервативного лікування варикозної дилатації тазових вен та визначені певні показання для його проведення.

Виходячи з патогенетичних особливостей варикозу вен таза, для консервативного його лікування були визначені такі завдання:

- нормалізація венозного тону;
- покращання венозної гемодинаміки в малому тазу, крово- та лімфовідтоку;

- покращання трофічних процесів у тканинах малого таза;
- стабілізація та нормалізація метаболізму у сполучній тканині;
- нормалізація гормонального балансу.

Метою нашої роботи стала клініко-лабораторна та інструментальна оцінка ефективності запропонованого нами патогенетично обґрунтованого консервативного лікування варикозного розширення вен малого таза в жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Аналізуючи етіопатогенетичні чинники виникнення варикозного розширення вен малого таза, враховуючи результати клінічних та інструментальних методів дослідження в кожному конкретному випадку, показаннями до проведення виключно консервативного лікування варикозного розширення вен малого таза ми вважали:

1. Наявність ізольованого ураження венозних сплеть (маткового, гріноподібного, сакрального, вен параметрія).
2. Розширення гонадних вен без наявності рефлюксу крові по ній за відсутності органічної гінекологічної патології.

В якості флеботропної терапії ми використовували діосмін – високоефективний препарат з групи флавоноїдів, який володіє флеботонізуючою дією, нормалізує венозний тонус та регіонарну гемодинаміку в органах малого таза. Після прийому внутрішньо дія препарату триває протягом доби і спрямована на кожен з трьох судинних компонентів, які залучені в патогенез хвороби вен: вени, лімфатичні судини та система мікроциркуляції. Препарат діосмін використовували по 1 таблетці (600 мг) вранці до їди протягом 6 міс.

Враховуючи значення дисплазії сполучної тканини в патогенезі варикозного розширення вен малого таза, одним з компонентів консервативного терапевтичного комплексу був препарат хондроїтинсульфат, який стимулює колагеноутворення, коректує порушення синтезу та катаболізму глікозаміногліканів, потенційно може перешкоджати утворенню фібринових тромбів за рахунок подібності дії до гепарину. Препарат хондроїтинсульфат призначали по 3 таблетки (750 мг) 2 рази на добу протягом перших 3 тиж, потім по 2 таблетки (500 мг) 2 рази на добу 6 міс, запиваючи великою кількістю води.

Найбільш активно в лікуванні захворювань органів малого таза використовується фізіотерапія. Її завданням є нормалізація судинного тону, ліквідація вторинних змін з боку судинної системи, протизапальний та розсмоктувальний ефект, а також підвищення активності компенсаторно-захисних механізмів. З цією метою внутрішньовівально застосовували ультразвукову терапію з гелем актовегін протягом 10 днів у I фазу менструального циклу (з 5-го по 15-й день) впродовж 3 менструальних циклів.

Ефективність консервативного лікування оцінювали за динамікою основних клініко-лабораторних та інструментальних показників під час лікування (3; 6 міс) та через 12 міс після відміни всіх препаратів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На наявність больового синдрому протягом 3 міс лікування скаржилися 33 (23,5%) пацієнтки, протягом 6 міс лікування – 15 (10,7%), а через 12 міс після відміни терапевтичного комплексу наявність хронічного тазового болю відзначали лише 5 (3,6%) жінок.

Щодо характеристики менструальної функції, то на симптоми дисменореї через 3 міс консервативного лікування скаржилися 19 (13,6%) жінок, через 6 міс – 11 (7,9%), тоді як через 12 міс після відміни терапевтичного комплексу скарги на болочість та вегетативні розлади під час місячних пред'являли 3 (2,1%) пацієнтки. Передменструальні розлади зберігалися у 20 (14,2%) жінок протягом 3 міс консервативного лікування, через 6 міс – у 8 (5,7%) та через 12 міс після відміни терапії скарги на передменструальні розлади пред'являли 2 (1,4%) пацієнтки. Лише в 5 випадках через 12 міс після відміни лікування спостерігалися дисфункції маткової кровотечі: у формі менорагій у 2 (1,4%), у формі перивультарних кровотеч – у 3 (2,1%), у 5 (3,6%) жінок був нерегулярний менструальний цикл. 12 (8,6%) пацієнток вказували на появу менорагій протягом 3 міс консервативного лікування, 10 (7,1%) – на наявність перивультарних кровотеч та 15 (10,7%) пацієнток звертали нашу увагу на нерегулярні місячні. Диспареунія турбувала 18 (12,8%) пацієнток протягом 3 міс лікування, 12 (8,6%) – через 6 міс лікування та 3 (2,1%) – через 12 міс після відміни терапевтичного комплексу.

Що стосується гіперсекреції виділень із статевих шляхів, то 23 (16,4%) пацієнтки звертали увагу на їх наявність протягом 3 міс консервативного лікування, 15 (10,7%) – через 6 міс лікування та 4 (2,8%) – через 12 міс після лікування.

Для об'єктивної оцінки змін гормонального профілю жінок через 12 міс після консервативного лікування було проаналізовано вміст основних стероїдних гормонів у сироватці крові в другу фазу менструального циклу.

Так, концентрація лютеїнізуючого гормону (ЛГ) в лютеїнову фазу менструального циклу в жінок з варикозним розширенням вен малого таза через 12 міс після консервативного лікування становила $15,75 \pm 0,04$ мМО/мл, що було статистично вірогідно більшим порівняно з початковим показником – $11,72 \pm 2,69$ мМО/мл. Рівні естрадіолу та прогестерону також нормалізувалися після комплексної терапії та становили: естрадіолу $57,19 \pm 0,03$ пг/мл проти $48,33 \pm 3,9$ пг/мл та прогестерону $15,07 \pm 0,09$ нг/мл проти $12,43 \pm 2,17$ нг/мл.

Щодо овуляторної функції, то за даними УЗД ознаки овуляції через 12 міс після консервативного лікування були у 118 (84,2%) жінок, у 11 (7,9%) пацієнток констатовано персистенцію фолікула, в 6 (4,3%) випадках спостерігалася передчасна лютеїнізація домінантного фолікула та в 5 (3,6%) випадках констатована відсутність домінантного фолікула.

Отже, під час аналізу концентрації основних гормонів у різні фази менструального циклу та дослідження овуляторної функції за даними УЗД встановлено нормалізацію гормонального профілю та відновлення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи після проведення консервативного лікування.

Для характеристики функції ендотелію вивчали рівень основних простагландинів, маркерів ендотеліальної дисфункції – ендотеліну-1 та простагліну через 12 міс після відміни лікувального комплексу.

Так, аналізуючи результати дослідження рівня простагландинів, встановлено достовірне зменшення концентрації простагландину (ПГ) $F_{2\alpha}$ після проведеного лікування – $502,3 \pm 10,4$ пг/мл, тоді як до проведеного лікування цей показник становив $762,3 \pm 38,4$ пг/мл. Рівень концентрації ПГ Е

також достовірно зменшився та становив через 12 міс після консервативної терапії $578,1 \pm 11,2$ пг/мл проти $701,2 \pm 21,4$ пг/мл до лікування.

Що стосується маркерів ендотеліальної дисфункції, то після проведеного комплексного лікування спостерігалася статистично вірогідне збільшення рівня простагліну, а саме – $221,4 \pm 2,13$ пг/мл до терапії проти $291,7 \pm 0,18$ пг/мл після її проведення. Концентрація ендотеліну-1 через 12 міс після проведення лікування становила $2,42 \pm 0,09$ пг/мл, тоді як до проведення терапевтичної корекції цей показник становив $4,1 \pm 0,02$ пг/мл, що було достовірно менше.

Реологічні властивості крові в рамках аналізу стану системи гемостазу досліджували шляхом вивчення показників протеолітичної системи, які також характеризують функцію ендотелію.

Так, показник інгібітору тканинного активатора плазміногену (РАІ -1) до проведення консервативного лікування становив $23,08 \pm 1,8$ УО/мл, що було статистично вірогідно більше, ніж після її проведення, – $8,21 \pm 0,13$ УО/мл. Концентрація тканинного активатора плазміногену (t-РА) до лікування становила $4,9 \pm 0,3$ нг/мл проти $7,69 \pm 0,09$ нг/мл після терапії.

Щодо концентрації в плазмі крові молекулярного маркера тромбофілії D-димеру, то після закінчення лікування його концентрація дорівнювала $0,36 \pm 0,08$ мкг/мл, тоді як до лікування цей показник становив $0,78 \pm 0,09$ мкг/мл.

Характеризуючи обмінні процеси сполучної тканини після проведеного консервативного лікування, вивчали концентрацію глікозаміногліканів. Так, до лікування цей показник становив $2,13 \pm 0,24$ мкг/мл, тоді як після відміни терапевтичного комплексу – $1,3 \pm 0,19$ мкг/мл, що було статистично вірогідно менше.

Аналізуючи ультразвукові характеристики венозних колекторів малого таза через 12 міс після проведеного консервативного лікування, встановлено статистично вірогідне зменшення середнього діаметра вен.

Так, середній діаметр маткової вени до проведеного консервативного лікування дорівнював $0,92 \pm 0,02$ см справа та $0,94 \pm 0,02$ см – зліва, тоді як після лікування становив $0,53 \pm 0,12$ см та $0,63 \pm 0,06$ см відповідно, діаметр внутрішньої здухвинної вени – $1,15 \pm 0,02$ см справа та $1,15 \pm 0,02$ см зліва до лікування проти $0,78 \pm 0,11$ см та $0,81 \pm 0,02$ см відповідно після, діаметр правої яєчникової вени до лікування становив $0,37 \pm 0,03$ см, після його проведення – $0,23 \pm 0,01$ см, лівої яєчникової вени $0,41 \pm 0,03$ см до лікування та $0,24 \pm 0,02$ см після, аркуатні вени до лікування мали середній діаметр $0,44 \pm 0,02$ см, тоді як після – $0,14 \pm 0,15$ см.

Вивчаючи середню систолічну швидкість кровотоку у венах малого таза жінок через 12 міс після проведеного лікування, встановлено статистично вірогідне прискорення кровотоку в усіх венозних тазових колекторах.

Так, середня швидкість кровотоку в матковій вені справа до лікування становила $1,8 \pm 0,04$ см/с, зліва – $1,4 \pm 0,05$ см/с, у внутрішній здухвинній вені справа – $2,1 \pm 0,01$ см/с та $1,9 \pm 0,05$ см/с – зліва, в яєчникової артерії справа – $0,8 \pm 0,01$ см/с та зліва – $0,7 \pm 0,05$ см/с, тоді як після проведення консервативної терапії середня систолічна швидкість кровотоку в матковій артерії справа становила $7,31 \pm 0,06$ см/с, зліва – $7,42 \pm 0,04$ см/с, у внутрішній здухвинній вені справа – $7,3 \pm 0,11$ см/с та $7,1 \pm 0,05$ см/с – зліва, в яєчникової вені справа $7,2 \pm 0,12$ см/с та зліва – $7,8 \pm 0,12$ см/с.

Отже, після проведеної консервативної терапії у жінок з варикозним розширенням вен малого таза нормалізація гормонального фону, балансу простагландинів, простагліну та ендотеліну-1, збільшення продукції тканинного активатора плазміногену, зниження синтезу його інгібітору, зменшення

концентрації D-димеру та зниження екскреції глікозаміногліканів, що свідчить про відновлення функції ендотелію, динамічної рівноваги між вазодилатуючими та вазоконстрикторними чинниками, нормалізацію реологічних властивостей крові та обмінних процесів у сполучній тканині. Крім цього, за допомогою ультразвукових та доплерометричних методів оцінки ефективності лікування доведено статистично вірогідне зменшення діаметра основних венозних колекторів та збільшення середньої швидкості кровотоку в них після консервативної терапії.

ВИСНОВКИ

Отже, запропонована методика консервативного лікування варикозного розширення вен малого таза є достатньо ефективною, що доведено результатами клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, а також дозволяє досягти ліквідації болювого синдрому, значно підвищити якість життя хворих, їх соціальну активність. Крім того, усунення тазового венозного застою призводить до нормалізації гормонального фону в пацієнок, а також менструального циклу, що у свою чергу сприяє збереженню фертильності у жінок репродуктивного віку.

Этиопатогенетический подход к консервативному лечению варикозного расширения вен малого таза у женщин С.И. Жук, А.Н. Григоренко

Целью работы стала клинико-лабораторная и инструментальная оценка эффективности предложенного нами патогенетически обоснованного консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин репродуктивного возраста. Предложенное комплексное лечение включало пероральный прием диосмина и хондроитинсульфата в течение 6 мес, а также физиотерапевтические процедуры. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что предложенное лечение является достаточно эффективным, а именно: обеспечивает восстановление функции эндотелия варикозно расширенных вен, динамического равновесия между вазодилатирующими и вазоконстрикторными факторами, нормали-

зацию реологических свойств крови и обменных процессов в соединительной ткани.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, консервативное лечение, флеботропная терапия.

Etio-pathogenic approach to conservative treatment of varicose pelvic veins in women S.I. Zhuk, A.N. Grigorenko

The aim of the work was clinical, laboratory and instrumental evaluation of the effectiveness of the proposed pathogenetically grounded, conservative treatment of varicose veins of the pelvis in women of reproductive age. Proposed, complex treatment included oral diosmin, hondroitinsulfat for 6 months and physiotherapy. The results of this study indicate, that the proposed treatment is quite effective, namely restoration of endothelial function provides varices, dynamic equilibrium between vasodilatation and vasoconstriction factors, normalization of rheological properties of blood and metabolism of connective tissue.

Key words: varicose veins of the pelvis, conservative treatment, flebotropotherapy.

ЛІТЕРАТУРА

1. Проскуракова О.В. Частные вопросы венозного кровообращения внутренних половых органов женщин: Допплерография в гинекологии / Под ред. Зыкина Б.И., Медведева М.В. – М.: РАВУЗДПГ – Реальное время, 2000. – С. 133–144.
2. Рымашевский Н.В., Маркина В.В., Волков А.Е. и соавт. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин. – Ростов-на-Дону, 2000. – 164 с.
3. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. – СПб.: ЗАО «ЭЛБИ», 2000.
4. Bell D., Kane P.B., Liang S. et al. Vulvar varices: an uncommon entity in surgical pathology // Int J Gynecol Pathol. – 2007. – 26 (1). – P. 99–101.
5. Chilla B.K., Knusel P.R., Zollkofer Ch.L. et al. Pelvic congestion syndrome // Schweiz Rundsch Med Prax. – 2006 Oct. – 11. – 95 (41). – P. 1583–1588.
6. Fassiadis N. Treatment for pelvic congestion syndrome causing pelvic and vulvar varices // Int Angiol. – 2006. – 25 (1). – P. 1–3.
7. Gargiulo T., Mais V., Brokaj L. et al. Bilateral laparoscopic transperitoneal ligation of ovarian veins for treatment of pelvic congestion syndrome // J Am Assoc Gynecol Laparosc. – 2003. – 10. – P. 501–504.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

70% ЗАБОЛЕВШИХ ИГНОРИРУЮТ ВРАЧЕЙ, – ОПРОС

Около 38% людей при покупке лекарств чаще всего руководствуются собственным опытом. Об этом свидетельствует опрос, проведенный в социальной сети.

29,1% участников опроса показали себя сознательными гражданами - они выполняют рекомендации врача, покупая лекарства. По 13% опрошенных рассказали, что слушают советы работника аптеки или знакомых людей. 3,2% респондентов признались, что

руководствуются рекламой препаратов. Остальные 3,9% опрошенных выбрали свой вариант.

Таким образом, согласно результатам опроса, более 70% людей, по сути, занимаются самолечением. Между тем, украинские врачи подчеркивают, что самолечение нередко усугубляет течение заболевания, и может закончиться летальным исходом. Ведь одни и те же симптомы характерны для абсолютно

разных заболеваний. Так, боль в животе может быть связана как с проблемами пищеварения, так и с гинекологическими заболеваниями, а может оказаться аппендицитом, который срочно необходимо оперировать. А головная боль может оказаться как симптомом стресса, так и указывать на вирусную инфекцию или черепно-мозговую травму.

www.likar.info