

Возможности вторичной профилактики рецидива болевого синдрома при варикозном расширении вен малого таза

А.Б. Бугаев¹, Э.Б. Яковлева², О.М. Бабенко¹

¹КЛПУ «Марьянская ЦРБ»

²Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

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 с действующими компонентами: биофлавоноиды диосмин и гесперидин в течение 3 мес. В процессе исследования пациентки основной группы получали его в течение 1 мес через 3 мес после 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 1-й группы и у 59,38% – 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 установлено, 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 после окончания основного курса терапии; назначение коротких профилактических курсов венотоника каждые 3 мес позволяет стабилизировать состояние и предупредить рецидив.

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

Среди женщин, обращающихся к гинекологу по поводу хронической тазовой боли, 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]. 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].

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 используют препараты различных фармакологических групп [1]. В основном применяют венотропные препараты [1]. Результаты исследований свидетельствуют, 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 боль возвращается. 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 с действующими компонентами: биофлавоноиды диосмин и гесперидин для вторичной профилактики возникновения болевого синдрома у женщин репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели были обследованы и пролечены 65 женщин репродуктивного возраста. **Критерии включения в исследование:** женщины, прошедшие курс лечения венотоником в связи с тазовой болью на фоне ВРВМТ с положительным результатом 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 исследовании, отказ пациенток от длительного наблюдения.

Оценивали 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 (УЗИ) проводили на сканере Medison SA-8000 EX с использованием интравагинального датчика в режимах эхографии и доплерографии, включающей цветное доплеровское картирование (ЦДК) и импульсную доплерометрию.

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

Общепринятой классификации ВРВМТ в настоящее время не существует. В связи с тем, что изолированная эктазия

Таблица 1

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

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

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 варикоэза: 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 две группы: основную (1-я группа, n=33) и сравнения (2-я группа, n=32). Все пациентки до включения в данное исследование получали венотоник с действующими компонентами: биофлавоноиды диосмин и гесперидин по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 10 дней, а затем 1 раз в сутки до 3 мес. Препарат хорошо зарекомендовал себя и широко используется для лечения различных проявлений венолимфатической недостаточности, который предупреждает венозный застой и тромбоз (особенно в нижних конечностях). Этот препарат (флавоноидная фракция, содержащая диосмин, гесперидин) – ангиопротектор, оказывает разнонаправленное 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, снижает их проницаемость; а также оказывает противовоспалительное действие: усиливает сосудосуживающий эффект адреналина, блокирует выработку свободных радикалов, синтез простагландинов и тромбоксана.

В процессе исследования пациентки основной группы получали этот венотоник по 2 таблетки в сутки в течение 1 мес через 3 мес от окончания основного лечебного курса с повтором еще через 3 мес. Женщин группы сравнения наблюдали в динамике.

Статистическую обработку данных выполняли на ПК с использованием пакетов программ Word и Excel. Рассчитывали средние величины, ошибку средней и доли. Данные считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ 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 боль на момент включения в исследование женщины не предъявляли, поскольку 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, следует отметить, что обследования 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 регистрировали 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 основной группы получили два 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 три месяца боль начала беспокоить только 3 (9,09%) пациенток 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 боль возобновилась еще у 6 (18,75%) женщин группы сравнения, через 5 – у 4 (12,5%) и через 6 – еще у 7 (21,88%). Тогда

Таблица 2

Распределение обследованных пациенток в зависимости от вида кровотока и степени дилатации вен малого таза, п (%)

Показатель	Степень дилатации			
	I		II	
	До лечения	Через 6 мес	До лечения	Через 6 мес
<i>Основная группа, n=33</i>				
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
<i>Группа сравнения, n=32</i>				
Монотонная	10 (31,25)	6 (18,75)	3 (9,38)	0
Двухфазная	14 (43,75)	11 (34,38)	5 (15,63)	4 ² (12,50)
Двухфазная с нулевым кровотоком	0	6 ¹ (18,75)	0	3 ^{1,2} (9,38)
– с реверсивным кровотоком	0	0	0	1 (3,13)

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

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 ^{1,2}	8,61±0,53	9,37±0,49 ^{1,2}

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

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 1-й группы и у 19 (59,38%) – 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).

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±0,65 см/с и 6,84±0,52 см/с (p>0,05) соответственно по группам в начале наблюдения и 7,23±0,48 см/с и 6,33±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, 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).

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенное исследование дает возможность сделать следующие выводы:

- 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 мес позволяет стабилизировать состояние и предупредить рецидив;
- проведение профилактических курсов выгодно как с экономической (стоимость профкурса ниже лечебного), так и медицинской точки зрения (ниже медикаментозная нагрузка на организм, выше качество жизни).

Изложенное выше позволяет рекомендовать препарат с действующими компонентами: биофлавоноиды диосмин и гесперидин в качестве вторичной профилактики болевого синдрома при наличии варикозного расширения вен малого таза.

Можливості вторинної профілактики рецидиву болювого синдрому при варикозному розширенні вен малого таза

А.Б. Бугайов, Е.Б. Яковлева, О.М. Бабенко

Метою даного дослідження було оцінювання ефективності венотоніків для вторинної профілактики виникнення болювого синдрому у жінок репродуктивного віку з варикозним розширенням вен малого таза.

Було обстежено 65 жінок репродуктивного віку. Усі жінки методом випадкової вибірки були розділені на дві групи: основну (n=33) та групу порівняння (n=32). Усі пацієнтки до включення в дане дослідження отримували препарат з діючими компонентами: біофлавоноїди діосмін та гесперидин протягом 3 міс. У процесі дослідження пацієнтки основної групи отримували його протягом 1 міс через 3 міс від закінчення основного лікувального курсу з повтором ще через 3 міс. Жінки групи порівняння спостерігалися в динаміці. Пацієнтки обох груп були оглянуті через 6 міс після закінчення основного курсу терапії (моменту включення їх у дане дослідження).

Оцінка скарг показала, що за час дослідження рецидив болювого синдрому зареєстрований у 12,12% обстежених 1-ї групи і у 59,38% – 2-ї (p<0,05). Жінки, які одержували профілактичні курси, суб'єктивно оцінювали біль як менш виражену, ніж ті, які нічого не отримували (в 1-й групі середня оцінка за візуальною аналоговою шкалою склала 2,75±0,09 бала, у 2-й – 3,11±0,06 бала, p<0,05). При оцінюванні параметрів кровотоку на початку і наприкінці дослідження встановлено, що, якщо у пацієнток основної групи вдалося підтримати їх на досягнутому рівні, то в групі порівняння відзначено їх погіршення.

Автори дійшли висновку, що ймовірність рецидиву болювого синдрому при варикозному розширенні вен малого таза підвищується через 3 міс від закінчення основного курсу терапії; призначення коротких профілактичних курсів венотоніків кожні 3 міс дозволяє стабілізувати стан і попередити рецидив.

Ключові слова: варикозне розширення вен малого таза, синдром хронічного тазового болю, діосмін, гесперидин.

The possibility of secondary prevention of pain recurrence in pelvic veins varicosis

A.B. Bugaev, E.B. Yakovleva, O.M. Babenko

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 Normoven 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±0,09 points, while in the 2nd – 3,11±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.

Key words: pelvic veins varicosis, chronic pelvic pain syndrome, diosmin, hesperidin.

Сведения об авторах

Бугаев Андрей Борисович – КЛПУ «Марьинская ЦРБ», 85630, г. Красногоровка, ул. Нахимова, 1; тел.: (06278) 2-23-02

Яковлева Эльвира Борисовна – кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ННИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, 83004, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел.: (06230) 5-71-16

Бабенко Оксана Михайловна – кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ННИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, 83004, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел.: (06230) 5-71-16

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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*. – 2003. – № 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.

Статья поступила в редакцию 02.12.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

«УМНЫЙ ПОЯС» ПОМОЖЕТ ПОСТОЯННО ОТСЛЕЖИВАТЬ СОСТОЯНИЕ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

Израильская компания создала "умный пояс", который может отслеживать у беременных женщин развитие плода круглосуточно. А именно, он будет отслеживать сон, сердцебиение и движения плода в режиме реального времени, пишет zeenews.

Данное устройство будет очень полезно для женщин, у которых беременность с высоким риском госпитализации. Устройство легкое и состоит из датчиков и ремней, которые застегиваются вокруг бедер и живота.

Первая версия пояса получила название Ritmo. Он будет оснащен 13 датчиками, расположенными вокруг живота, в том числе акустическими, датчиками для мониторинга сердцебиения, движения и других изменений. Информация поступает для обработки на сервер в облачное хранилище, а затем появляется у пользователя на смартфоне.

Версия этого пояса появится в широкой продаже уже к концу этого года. Стоимость устройства составит приблизительно

200 долларов США. Компания-разработчик планирует создать также версию прибора медицинского класса, который будет иметь большее количество датчиков и высокую точность.

Эксперты считают, что устройство позволит врачам удаленно контролировать пациенток и при необходимости их госпитализировать при первых признаках проблем. Это позволит избежать многих осложнений.

<http://www.medicinform.net>