



# НОВІ МОЖЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ В ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ НА ТЛІ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

*Н.В. Дрогомирецька, О.М. Куса, Н.І. Генік  
Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України*

## **Резюме**

У статті наведено результати ефективності патогенетично обґрунтованого лікування, спрямованого на оптимізацію стандартних підходів корекції хронічного тазового болю при хронічних запальних процесах внутрішніх статевих органів на тлі варикозного розширення вен малого тазу. Використання препаратів, що покращують венозну гемодинаміку й ендотеліальну дисфункцію, дає змогу нівелювати вираженість хронічного тазового болю та суттєво покращити показники якості життя таких пацієнток.

## **Ключові слова**

Хронічний тазовий біль, запальні процеси внутрішніх статевих органів, варикозне розширення вен малого тазу.

Серед численних проявів хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів (ХЗПВСО) особливе місце належить хронічному тазовому болю (ХТБ), який більшість дослідників вважають основним симптомом. ХТБ є не лише медичною, але й соціальною проблемою, оскільки, зважаючи на трива-

лість, має негативні наслідки у вигляді психоемоційних порушень, зниження розумової та фізичної діяльності, впливу на якість життя [1].

На думку Г.А. Савицького, одним з обов'язкових патологічних процесів, який виявляється в усіх хворих із хронічним тазовим болем, є порушення кровообігу та мікроциркуляції

© Н.В. Дрогомирецька, О.М. Куса, Н.І. Генік

з гіпоксією тканин в органах малого таза [2]. Виникаючи в результаті гіпоксії, дегенеративно-дистрофічні зміни рецепторного та провідникового апарату периферичної нервової системи, з одного боку, призводять до виникнення стійкого больового синдрому, з іншого — зумовлюють порушення трофіки та гемодинаміки в ділянці іннервації, формуючи «порочне коло» [1, 4-6].

Особливої уваги потребують стани, коли хронічний больовий синдром у ділянці малого таза зумовлений коморбідною патологією, яка може мати спільні патофізіологічні механізми патогенезу та потенціювати розвиток одне одного [3].

**Мета дослідження** — оптимізація стандартних підходів корекції ХТБ при хронічних запальних процесах внутрішніх статевих органів у жінок із варикозним розширенням вен малого таза.

## Матеріал і методи

На етапі формування груп були відібрані 120 жінок репродуктивного віку з ХТБ і ХЗПВСО в анамнезі, які надалі підлягали проспективному дослідженню та були розподілені на дві групи: першу становили 68 ((56,7±4,5)%) пацієнток із ХЗПВСО на тлі варикозного розширення вен малого таза (ВРВМТ), другу — 52 ((43,3±4,5)%) із ХЗПВСО без ВРВМТ. До групи контролю увійшли 30 практично здорових жінок.

Критеріями включення до груп вважали: вік жінки від 18 до 45 років, наявність в анамнезі епізодів загострень запальних захворювань органів малого таза, синдром ХТБ, ехографічні й ендоскопічні ознаки ВРВМТ. До ехографічних і доплерометричних ознак відносили такі: підтверджена ультразвуковим дослідженням (УЗД) дилатація більше ніж 5 мм у діаметрі будь-якого з основних венозних колекторів малого таза (яєчникових, маткових, аркуатних вен), позитивна проба Вальсальви, зниження пікової систолічної швидкості кровотоку в руслі маткових вен нижче від 6 см/с.

З метою включення в дослідження жінок із ХТБ використовували: візуально-аналогову шкалу (ВАШ), опитувальник болю Мак Гілла, коротку оцінку болю.

Для статистичної обробки матеріалу були застосовані комп'ютерні програми на основі Microsoft Office Excel із використанням ліцензованих пакетів статистичного аналізу Microsoft Excel та Statistica 7.0.

## Результати та їх обговорення

Згідно з класифікацією варикозу вен малого таза (Волкова А.Є. та співавт., 2000), залежно від локалізації венозної ектазії та діаметра вен І ступінь траплявся у 21 ((30,9±5,6)%), ІІ — 23 ((33,8±5,7)%), ІІІ — 24 ((35,3±5,8)%) випадках [7].

Проведений аналіз скарг продемонстрував тривалий больовий анамнез у пацієнток першої групи: больовий синдром понад 3 роки в 1,5 раза частіше мали особи з ВРВМТ (66,2%), хоча в другій групі їх відсоток був не менш вагомим (46,2%). Оцінка інтенсивності болю за ВАШ, опитувальником Мак Гілла, коротка оцінка болю показали більш значну частку вираженого больового синдрому порівняно з другою групою (у 2,5 раза;  $p<0,05$ ), а також залежність інтенсивності болю від ступеня дилатації вен малого таза. При ІІІ ступені дилатації відсоток жінок із вираженим болем був достовірно вищим порівняно з І ступенем у 2,0 раза, при ІІ — в 1,7 раза ( $p<0,05$ ). Були встановлені паралелі між відсотком помірного (51,9%) болю в пацієнток другої групи та жінок першої групи з ІІ ступенем дилатації (52,2%). Відповідно до опитувальника болю Мак Гілла, в осіб першої групи з ІІ і ІІІ ступенями дилатації вен практично в усіх опрацьованих анкетах відзначалася багатогранна характеристика больового синдрому: ниючий, тягнучий біль — 43 ((91,5±4,1)%), нерідко з почуттям втоми, тривоги, іноді нудоти — 53 ((77,9±5,0)%), біль-страждання — 12 ((17,6±4,6)%), біль постійного характеру — 63 ((92,6±3,2)%), з іррадіацією в пряму кишку, поперекову ділянку, зовнішні статеві органи та промежину — більшої половини опрацьованих анкет. Водночас при опитуванні жінок другої групи вказані характеристики відмічалися в половини пацієнток.

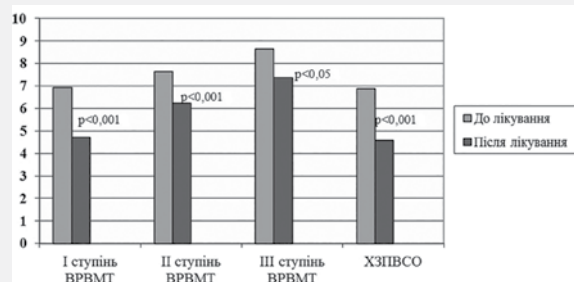
Величина таких показників, як ранговий індекс болю (РІБ), індекс кількості вибраних дескрипторів (ІКВД), сенсорний та афективний ІКВД, сила болю в осіб першої групи залежали від ступеня дилатації варикозно розширених вен.

Слід зазначити, що ці ж показники в пацієнток другої групи практично збігалися з даними першої групи з І ступенем дилатації варикозно розширених вен.

Зміни інтенсивності болю протягом доби серед жінок другої групи та першої з І ступенем дилатації варикозно розширених вен і за

## Рисунок

Динаміка інтенсивності болю в обстежуваних групах за візуально-аналоговою шкалою, бали (р — порівняно з даними до лікування)



показником мінімального рівня болю в осіб із II ступенем дилатації знаходилися практично на одному рівні.

Усі пацієнтки обох обстежуваних груп отримували діосмінвмісний флеботропний препарат

## Таблиця 1

Характеристика больового синдрому за опитувальником Мак Гілла в обстежуваних жінок (M±m)

Показники	ХЗПВСО+ВРВМТ із різним ступенем дилатації вен (n=68) (I — 21; II — 23; III — 24)		ХЗПВСО (n=52)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
РБ	I — (10,12±0,61) II — (13,61±0,61) III — (15,64±0,93)	7,86±0,54* 10,72±0,72* 12,24±0,76*	9,95±0,53	7,32±0,65**
ІКВД	I — (7,53±0,34) II — (8,62±0,26) III — (8,74±0,37)	5,18±0,21* 6,32±0,24* 6,87±0,30*	7,12±0,35	4,15±0,38**
Сенсорний ІКВД	I — (5,21±0,22) II — (5,32±0,11) III — (5,38±0,17)	2,93±0,28* 3,18±0,36* 4,32±0,19*	4,82±0,44	2,54±0,31**
Афективний ІКВД	I — (2,31±0,16) II — (3,30±0,15) III — (3,36±0,20)	1,72±0,12* 2,31±0,16* 2,64±0,16*	2,56±0,18	1,23±0,18**
Сила болю	I — (2,31±0,18) II — (2,89±0,16) III — (3,12±0,10)	1,76±0,12* 1,58±0,21* 1,71±0,63*	2,24±0,16	1,17±0,12**

Примітки: \* — перша група до та після лікування — p<0,05; \*\* — друга група до та після лікування — p<0,05.

із групи біофлавоноїдів по 1 таблетці (500 мг) 2 рази на день у безперервному режимі та донатор оксиду азоту L-аргініну аспартат по 5 мг 3 рази на день *per os* курсами по 14 днів щомісяця протягом шести місяців.

Після завершення запропонованого курсу лікування пацієнтки обох груп відзначали значне зменшення суб'єктивних проявів, часто з повним зникненням больового синдрому, а також значне покращення загального стану та статеві функції. Ці показники були кращими у хворих другої групи й осіб першої групи з I ступенем дилатації варикозних вен малого таза.

З отриманих результатів видно, що за даними ВАШ інтенсивність болю в жінок першої групи з I ступенем дилатації варикозних вен зменшилася на 2,52 бала, II — на 1,41 бала, III — на 1,26 бала; у пацієнток другої групи — на 2,29 бала (рис.).

Після проведеного лікування за результатами опитувальника Мак Гілла в пацієнток першої групи з I та II ступенями дилатації

## Таблиця 2

Динаміка больового синдрому в пацієнток досліджуваних груп за даними чотирьохскладової візуально-аналогової шкали (M±m)

Складові ВАШ	ХЗПВСО+ВРВМТ із різним ступенем дилатації вен (n=68) (I — 21; II — 23; III — 24)		ХЗПВСО (n=52)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Біль на момент опитування, бали	I — (6,51±0,30) II — (7,23±0,41) III — (8,11±0,52)	3,60±0,11* 3,73±0,42* 3,58±0,26*	6,53±0,32	3,26±0,25**
Середній рівень болю, бали	I — (5,94±0,40) II — (6,23±0,32) III — (7,82±0,21)	3,24±0,21* 3,42±0,40* 3,62±0,45*	5,61±0,21	3,26±0,18**
Мінімальний рівень болю, бали	I — (3,54±0,21) II — (3,73±0,32) III — (3,82±0,34)	1,34±0,24* 1,42±0,36* 1,62±0,42*	3,61±0,41	1,26±0,16**
Максимальний рівень болю, бали	I — (6,71±0,42) II — (7,15±0,36) III — (8,63±0,51)	4,81±0,43* 4,51±0,21* 5,81±0,62*	6,81±0,51	4,12±0,21*

Примітки: \* — перша група до та після лікування — p<0,05; \*\* — друга група до та після лікування — p<0,05.

варикозних вен особливо знижувалися такі показники: РІБ — на 2,26; 2,89 бала відповідно; ІКВД — на 2,35; 2,30 бала; сенсорний ІКВД — на 2,28; 2,14 бала (табл. 1).

Афективний ІКВД зменшувався менш показово (0,59; 0,99; 0,72 бала), що може свідчити про психоемоційний стан жінок із даною патологією. У пацієток другої групи РІБ знизився на 2,63 бала; ІКВД — на 2,97 бала; сенсорний ІКВД — на 2,28 бала; афективний ІКВД — на 1,33 бала; сила болю — на 1,17 бала.

За результатами чотирьохскладової ВАШ показники, як-от біль на момент опитування, середній і мінімальний рівні болю, максимальний рівень болю після шести місяців лікування, у жінок другої групи зменшилися в середньому на 2,7 бала, першої групи з I і II ступенями дилатації варикозних вен —

на 2,6 бала. У пацієток із III ступенем дилатації різниця показників була неістотною та статистично недостовірною (табл. 2).

## Висновки

Отже, результати проведеного дослідження свідчать про існуючу резистентність до стандартних лікувальних програм і вказують на необхідність пошуку нових методів лікувального впливу в цієї категорії пацієток.

Призначене жінкам досліджуваних груп патогенетично обґрунтоване лікування довело статистично достовірний позитивний клінічний результат, що виявлявся зменшенням інтенсивності болю за результатами ВАШ й опитувальників Мак Гілла, короткої оцінки болю.

## Список використаної літератури

1. Ночвіна О.А. Патогенетичні аспекти формування синдрому хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку / О.А. Ночвіна // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe. — 2016. — № 7, ч. 1. — С. 65-71.
2. Ночвіна О.А. Анатомо-функціональний стан органів малого таза у жінок із синдромом хронічного тазового болю / О.А. Ночвіна // Вісн. морфології. — 2015. — Т. 21, № 1. — С. 167-171.
3. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness / R. Champaneria, L. Shah, J. Moss [et al.] // Health Technol. Assess. — 2016. — Vol. 20, № 5. — P. 1-108.
4. Anatomy, pathophysiology and interventional therapies for chronic pelvic pain: a review / C.W. Hunter, B. Stovall, G. Chen [et al.] // Pain Physician. — 2018. — Vol. 21, № 2. — P. 147-167.
5. Hoffman D. Central and peripheral pain generators in women with chronic pelvic pain: patient centered assessment and treatment / D. Hoffman // Curr. Rheumatol. Rev. — 2015. — Vol. 11, № 2. — P. 146-166.
6. Осипова Н.А. Клинико-патофизиологические и фармакотерапевтические аспекты хронической тазовой боли в гинекологической практике / Н.А. Осипова, И.Е. Зазерская // Consilium medicum. — 2015. — № 6. — С. 56-60.
7. Волков А.Е. Эхоэмиотика варикозного расширения вен малого таза / А.Е. Волков // Эхография. — 2000. — Т. 1, № 1. — С. 55-59.

Надійшла до редакції 10.03.2020 р.

## New options for the therapy of chronic pelvic pain in women with chronic inflammatory processes of the internal genital organs against the background of varicose veins of lesser pelvis

N.V. Drohomiretska, O.M. Kusa, N.I. Henyk

### Abstract

The article represents the results of the effectiveness of pathogenetically substantiated treatment aimed at the optimization of standard approaches to the correction of chronic pelvic pain in chronic inflammatory processes of the internal genital organs against the background of varicose veins of lesser pelvis. The use of medicines improving venous hemodynamics and endothelial dysfunction, can reduce the severity of chronic pelvic pain and significantly improve the life quality of such patients.

**Keywords:** chronic pelvic pain, inflammatory processes of the internal genital organs, varicose veins of lesser pelvis.