

Фармакотерапия варикозной болезни вен таза

☞ С.Г. Гаврилов, А.В. Каралкин, Е.С. Беляева, Г.Д. Саитова

*Кафедра факультетской хирургии Лечебного факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова*

Рассмотрены различные методы фармакотерапии варикозной болезни вен таза на основе наблюдения за 78 больными. Больные были разделены на три группы: 1) флеботропная терапия препаратом Детралекс; 2) Детралекс и вагинальные суппозитории с диклофенаком; 3) вагинальные суппозитории с диклофенаком и транквилизатор тофизопам. Описаны клинические характеристики больных и методы оценки эффективности лечения, обсуждаются факторы, обусловившие разделение пациенток на группы. Изложены полученные результаты, из которых сделан вывод об эффективности монотерапии Детралексом у больных с поражением внутритазовых венозных сплетений. Приведены показания к различным вариантам терапии, в том числе хирургической, и их комбинациям.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен таза, флеботропная фармакотерапия, клинические исследования.

Наиболее эффективным способом лечения **варикозной болезни вен таза (ВБВТ)** служат хирургические вмешательства на го-надных венах. Вместе с тем существует группа больных, которым оперативное лечение не показано или они отказываются от его выполнения. Данным пациенткам показано консервативное лечение, основу которого составляет фармакотерапия. В литературе имеются разноречивые данные о результатах применения веноактивных, анальгезирующих, гормональных и психотропных препаратов в лечении ВБВТ. Рандомизированные исследования, посвященные эффективности гормональной терапии при ВБВТ, свидетельствуют о кратковременном эффекте данного лечебного метода у 40–66% женщин. Напротив, М. Simsek et al. сообщают о положительном воздействии флеботропного лечения на клинические проявления ВБВТ (хотя авторами анализировались только непосредственные результаты, нет сведений о дальнейшем тече-

нии заболевания, и оценка лечения основана лишь на клинических данных).

В данной статье рассматриваются различные методы фармакотерапии ВБВТ на основе наблюдения за 78 больными ВБВТ, находившимися на лечении в нашей клинике.

Материал и методы

Возраст больных составил $39 \pm 2,7$ года, продолжительность заболевания колебалась от 2 до 5 лет. Клиническая картина ВБВТ характеризовалась наличием **хронических тазовых болей (ХТБ)** у 86% больных, дискомфорта в гипогастриальной области (82%), диспареунии (68%), нарушений менструального цикла (28%) и дизурии (17%), а также психоэмоциональных нарушений (10%). Для определения выраженности ХТБ была использована визуально-аналоговая шкала боли.

Диагноз ВБВТ подтверждался с помощью ультразвукового ангиосканирования и **эмиссионной компьютерной томографии (ЭКТ)** тазовых вен с мечеными *in vivo* эритроцитами. По результатам ультразвуково-

Контактная информация: Гаврилов Сергей Геннадьевич, gavrilloffsg@mail.ru

Фармакотерапия ВБВТ в группах больных

Группа	n	Препарат	Доза, мг/сут	Продолжительность курса
1-я	42	Детралекс	1000	2 мес
2-я	20	Диклофенак	200	7 дней
		Детралекс	1000–2000	2 мес
3-я	16	Диклофенак	200	7 дней
		Тофизопам	150	1 мес

го ангиосканирования у 58 больных имелось изолированное расширение внутритазовых венозных сплетений, а у 20 — сочетание клапанной недостаточности гонадных вен и венозных сплетений таза (у 12 — левостороннее, у 8 — двустороннее расширение яичниковых вен). Радионуклидное исследование показало у всех пациенток избыточное накопление изотопа в венах матки и параметрии, выраженное в разной степени. Коэффициент **тазового венозного полнокровия** (ТВП) колебался от 0,8 до 2,2 (в норме он не превышает 0,5–0,6). Этот показатель рассчитывали при ЭКТ как отношение числа импульсов на венозных сплетениях таза и на общей подвздошной вене.

Больные были разделены на три группы (таблица): в 1-й группе пациентки получали только флеботропную терапию Детралексом, во 2-й — Детралекс и нестероидные противовоспалительные препараты (вагинальные суппозитории с диклофенаком), в 3-й — вагинальные суппозитории с диклофенаком и транквилизатор тофизопам.

Оценку эффективности консервативного лечения осуществляли клинически (выраженность ХТБ, диспареунии, дизурии, изменения менструального цикла) и с помощью ЭКТ тазовых вен (в 1-й и 2-й группах) через 1, 2, 6 и 12 мес. Использование радионуклидного исследования обеспечивало наиболее объективную оценку терапии, позволяя исключить субъективное мнение врача и психологические особенности пациенток, а также изучать длительность лечебного эффекта. В 3-й группе

ЭКТ тазовых вен после курса лечения не проводили, так как применявшиеся препараты не воздействуют каким-либо образом на венозный отток из органов малого таза.

Результаты и обсуждение

Разделение пациенток на группы было обусловлено следующими факторами. Выраженность ХТБ у больных **1-й группы** составила $6,3 \pm 1,2$ балла. У этих пациенток отсутствовали явления маскированной депрессии, но имелись такие значимые признаки тазового венозного полнокровия, как дискомфорт в гипогастрии и диспареуния, у 10% больных — дизурические расстройства. У них выявлено значительное (до 8 мм) изолированное расширение вен матки и параметрии по данным ультразвукового исследования, однако не отмечалось дилатации гонадных вен с патологическим рефлюксом крови по ним. Коэффициент ТВП при ЭКТ тазовых вен составлял $1,2 \pm 0,08$.

У больных **2-й группы** тазовые боли носили более выраженный характер ($7,8 \pm 1,3$ балла), их беспокоили коитальные и посткоитальные боли, реже наблюдались дизурические (у 8%) и менструальные (у 12%) расстройства. Диаметр вен тазовых сплетений не превышал 10 мм, однако у всех больных имелось сочетание клапанной недостаточности гонадных вен и тазовых венозных сплетений. Наблюдалось выраженное тазовое венозное полнокровие (коэффициент ТВП составил $1,54 \pm 0,12$).

У пациенток 1-й и 2-й групп на первое место выступали признаки тазового венозного полнокровия, в связи с чем им назначалось флеботропное лечение. Учитывая выраженность пеллалгий во 2-й группе, с целью быстрого купирования тазовых болей им был рекомендован короткий курс диклофенака.

В **3-й группе** выраженность ХТБ колебалась от 2 до 9 баллов (в среднем $4,6 \pm 1,3$ балла), особенностью тазовой боли в этой группе служила ее периодичность

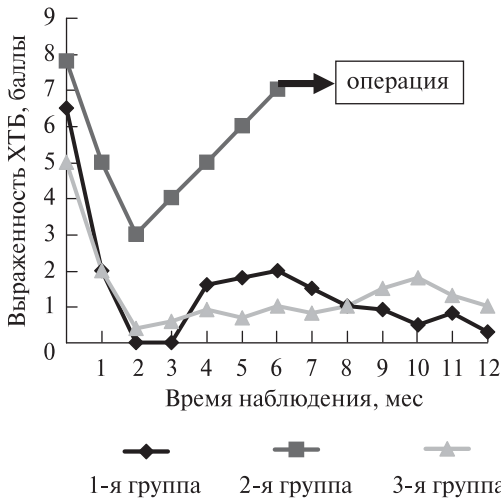
(болевы кризы), пациентки очень эмоционально описывали свое состояние, характеризуя его как предобморочное. Использование Мак-Гилловского болевого вопросника позволило установить низкий порог чувствительности к боли у этой группы пациенток: наиболее часто встречающиеся виды боли (головная, зубная и др.) расценивались пациентками как тяжелые, нестерпимые. Менструальная дисфункция обнаружена у 68% пациенток, диспареуния — у 31%. Кроме того, более чем у половины пациенток отмечались апатия, раздражительность, бессонница, неустойчивое настроение, потеря аппетита. Тщательный сбор анамнеза позволил выявить психологические травмы (развод, ссора с родственниками, неурядицы на работе), которые, по мнению больных, и приводили к возникновению либо усилению тазовых болей. Таким образом, в этой группе были выявлены признаки психогенной тазовой боли, что и определило назначение пациенткам короткого курса обезболивающей терапии в сочетании с продолжительным приемом транквилизатора. Ультразвуковое сканирование тазовых вен указывало на наличие у больных изолированного расширения вен матки и параметрия ($5,1 \pm 1,2$ мм), коэффициент ТВП не превышал 0,9.

В 1-й группе эффект флеботропной терапии наблюдали на 10–18-й день приема Детралекса. Пациентки отмечали уменьшение тазовых болей и диспареунии. После двухмесячного приема препарата полное купирование болевого синдрома отмечено у 36 женщин, значительное его уменьшение — у 6. Боли при половом акте и дизурия исчезли у всех больных. Положительный клинический эффект подтвержден результатами ЭКТ тазовых вен: помимо визуального уменьшения яркости контрастирования внутритазовых венозных сплетений отмечено снижение коэффициента ТВП до $0,9 \pm 0,06$ через 2 мес лечения. В последующем эффект проведенного лечения сохранялся на протяжении 4–6 мес.

При возобновлении пелвалгий пациенткам повторно рекомендовали курс лечения Детралексом в дозе 1000 мг/сут в течение 2 мес, что обеспечивало положительные клинические результаты в оставшийся период наблюдения (до 12 мес).

Пациентки 2-й группы отметили быстрое уменьшение тазовых болей (до 5 баллов) в течение первых 7 дней от начала лечения. Дальнейшая монотерапия Детралексом в дозе 1000 мг/сут оказалась эффективной у 12 больных, которые отметили значительное уменьшение болей (до 2 баллов) или их полное исчезновение. У 8 женщин в течение 1 мес приема препарата, несмотря на первоначальный эффект, болевой синдром сохранялся в среднем на уровне $5,4 \pm 1,6$ балла. Это потребовало увеличения дозы Детралекса до 2000 мг/сут, что позволило добиться к концу курса лечения уменьшения ХТБ до $3,2 \pm 0,8$ балла. Полное исчезновение тазовых болей наблюдали в 5 случаях. По данным ЭКТ произошло незначительное уменьшение яркости контрастирования тазовых венозных сплетений и недостоверное уменьшение коэффициента ТВП (с $1,54 \pm 0,12$ до $1,38 \pm 0,27$). После окончания курса флеботропного лечения возобновление или усиление ХТБ отметили у 19 пациенток в сроки от 2 нед до 1 мес, а у одной больной эффект сохранялся до 7 мес. В связи с наличием показаний к оперативному лечению (симптомы ТВП, расширение гонадных вен и тазовых венозных сплетений и рефлюкс крови по ним) 16 больных этой группы были оперированы в сроки от 2 до 4 мес после окончания курса консервативного лечения, 4 больных от операции отказались по разным мотивам.

Из числа пациенток 3-й группы значительное уменьшение ХТБ через 4–5 дней лечения отметили 14 человек, а у двоих оно произошло лишь через 1 мес. Полного исчезновения болевого синдрома удалось добиться у 10 пациенток после 1 мес приема тофизопама в рекомендованной дозе, у



Динамика ХТБ на фоне различной фармакотерапии ВБВТ.

6 женщин тазовые боли уменьшились до $1,8 \pm 0,6$ балла. Наряду с уменьшением пеллалгий значительно ослабили симптомы депрессивного состояния, отмеченные при первичном клиническом обследовании. Таким образом, воздействие на психоэмоциональное состояние больных с варикозной трансформацией тазовых венозных сплетений позволило уменьшить тазовые боли, которые в данном случае имели психосоматический генез. Положительный эффект лечения сохранялся на протяжении 2–12 мес, однако стрессовые ситуации сопровождались возникновением или усилением болей, в связи с чем пациенткам было рекомендовано лечение у психоневролога, а также периодическое (1 раз в год) наблюдение у флеболога с повторными ультразвуковыми исследованиями тазовых вен.

Эффективность различных способов фармакотерапии ВБВТ представлена на рисунке. Флеботропная терапия у больных ВБВТ с изолированным поражением внутритазовых венозных сплетений продемонстрировала высокую эффективность: стойкий клинический эффект сохранялся в течение 1 года. Комбинация диклофенака и

Детралекса у пациенток с сочетанным расширением яичниковых вен и венозных сплетений таза оказывает положительный результат во время курса лечения, после окончания которого наблюдается возобновление болевого синдрома. Наконец, пациентки с психосоматическим характером тазовых болей не нуждаются в применении венотонической терапии (несмотря на наличие варикозной трансформации тазовых венозных сплетений), а болевой синдром купируется приемом транквилизатора.

Заключение

В проведенном исследовании клиническими и радионуклидными методами доказана эффективность монотерапии Детралексом у больных ВБВТ с поражением внутритазовых венозных сплетений. Использование обезболивающих средств возможно при выраженных хронических тазовых болях. Пациентки с сочетанным расширением гонадных вен и венозных сплетений нуждаются в хирургическом лечении, а флеботропная терапия может быть использована в качестве средства предоперационной подготовки. Пациентки с ВБВТ и психосоматическим генезом тазовых болей не нуждаются в проведении венотонической терапии, лечение у них должно быть направлено на купирование психоэмоциональных расстройств.

Рекомендуемая литература

- Duncan C.H., Taylor H.C. Jr. A psychosomatic study of pelvic congestion // Am. J. Obstet. Gynecol. 1952. V. 64. P. 1–12.
- Farquhar C.M., Rogers V., Franks S. et al. A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate and psychotherapy for the treatment of pelvic congestion // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1989. V. 96. P. 1153–1162.
- Hendler N. Pharmacological management of pain // Practical Management of Pain / Ed. by P.P. Raj. St. Louis: Mosby, 2000. P. 145–155.

- Shokeir T., Amr M., Abdelshaheed M.* The efficacy of Implanon for the treatment of chronic pelvic pain associated with pelvic congestion: 1-year randomized controlled pilot study // Arch. Gynecol. Obstet. 2009. V. 280. № 3. P. 437–443.
- Simsek M., Burak F., Taskin O.* Effects of micronized purified flavonoid fraction (Daflon) on pelvic pain in women with laparoscopically diagnosed pelvic congestion syndrome: a randomized crossover trial // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2007. V. 34. № 2. P. 96–98.
- Soysal M.E., Soysal S., Vicdan K., Ozer S.* A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion // Hum. Reprod. 2001. V. 16. № 5. P. 931–939.
- Villavicencio J.L., Gillespie D., Durholt S. et al.* Diagnosis and treatment of pelvic venous disorders: pelvic congestion and pelvic dumping syndrome // Surgical Management of Venous Disease / Ed. by S. Raju, J. Villavicencio. Baltimore, Md.: Williams and Wilkins, 1997. P. 462–483.

Pharmacological Treatment of Pelvic Veins Varicose Disease

S.G. Gavrilo, A.V. Karalkin, E.S. Belyaeva, and G.D. Saitova

We followed 78 patients with pelvic veins varicose disease, treated with various pharmacological methods. Three groups of treatment were formed: 1) Detralex only; 2) Detralex + diclophenac in vaginal suppositories; 3) diclophenac in vaginal suppositories + anxiolytic tofizopam. Clinical characteristics of patients and evaluation of treatment effectiveness are presented. Factors influencing treatment selection are reviewed. Obtained data support effectiveness of monotherapy with Detralex in patients with multiple damage of inner pelvic venous plexus. Indications for various treatment, surgical operation and its combination are stated.

Key words: pelvic veins varicose disease, pharmacological veins treatment, clinical studies.

Книги Издательского холдинга “Атмосфера”

Заболевания органов дыхания при беременности / Под ред. Чучалина А.Г., Фассахова Р.С.



Заболевания органов дыхания — наиболее часто встречающаяся экстрагенитальная патология при беременности. За последние годы с новой остротой встала проблема пневмоний у беременных, связанная с эпидемиями гриппа. Произошли изменения в вопросах классификации бронхиальной астмы. Отечественными врачами достигнуты серьезные успехи в лечении муковисцидоза, позволившие пациенткам с этой тяжелой патологией не только доживать до детородного возраста, но и успешно вынашивать беременность. Освещению современного состояния проблемы диагностики и лечения заболеваний органов дыхания у беременных и посвящена данная монография. В отдельной главе рассмотрены особенности диагностики, клиники и лечения заболеваний верхних дыхательных путей у беременных. 140 с.

Для широкого круга специалистов — пульмонологов, акушеров-гинекологов, педиатров, алергологов, ЛОР-специалистов и врачей общей практики.

Информацию по вопросам приобретения книг можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru или по телефону (499) 973-14-16.