

©Н. В.Дрогомирецька, Н. І. Генік

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «НОРМОВЕН» У ЖІНОК З ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «НОРМОВЕН» У ЖІНОК З ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА. Описаний досвід застосування препарату «Нормовен» для консервативного лікування варикозного розширення вен малого таза (ВРВМТ) у жінок репродуктивного віку. Було обстежено 70 жінок з синдромом хронічного тазового болю (ХТБ), у 30 з них було діагностовано ВРВМТ. Залежно від локалізації варикозу в малому тазі пацієнтки були поділені на три групи. З метою уточнення ультразвукових діагностичних критеріїв стану венозної системи малого таза обстежено 20 практично здорових жінок репродуктивного віку, які склали контрольну групу. Отримані результати до і після лікування показують його ефективність при клінічному, ультразвуковому, доплерографічному дослідженні.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «НОРМОВЕН» У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА. Приведен опыт применения препарата «Нормовен» в качестве консервативного лечения варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) у женщин репродуктивного возраста. Было обследовано 70 женщин с синдромом хронической тазовой боли, у 30 из них было диагностировано ВРВМТ. В зависимости от локализации варикоза в малом тазе пациентки были разделены на три группы. С целью уточнения ультразвуковых диагностических критериев оценки состояния венозной сетки малого таза исследовано 20 практически здоровых женщин репродуктивного возраста, вошедших в контрольную группу. Полученные результаты до и после лечения показывают его эффективность при клиническом, ультразвуковом и доплерографическом исследованиях.

USE OF «NORMOVEN» DRUG IN WOMEN WITH PELVIC VARICOSE VEINS. The experience of application of the drug «Normoven» as conservative treatment of pelvic varicose veins (PVV) in women of reproductive age is shown. We examined 70 women with chronic pelvic pain, 30 of whom were diagnosed PVV. Depending on the location of varicose veins in the pelvis patients were divided into three groups. In order to identification the status of ultrasonic diagnostic criteria of pelvic venous system we examined 20 healthy women of reproductive age as the control group. The results before and after treatment show the effectiveness of «Normoven» drug in clinical, ultrasound and doppler studies.

Ключові слова: варикозне розширення вен малого таза, хронічний тазовий біль, нормовен.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, хроническая тазовая боль, нормовен.

Key words: pelvic varicose veins, chronic pelvic pain, Normoven.

ВСТУП. Венозна система малого таза, внаслідок особливостей своєї будови, функціонального стану і гормональної залежності, створює фон для розвитку варикозної хвороби. Варикозне розширення вен малого таза (ВРВМТ) є актуальною проблемою акушерства і гінекології. Частота захворювання серед жінок, які звертаються до гінеколога з приводу хронічного тазового болю (ХТБ), становить 30 % та 15 % у загальній популяції, зустрічається у всі основні вікові періоди жінки і не має тенденції до зниження [1]. Актуальність ВРВМТ зумовлена прогресивним перебігом захворювання, який проявляється поступовим зменшенням часу ремісії і наростанням клінічної симптоматики.

У підлітковому віці переважають безсимптомні форми, при яких органічні зміни у венозній системі малого таза діагностуються за допомогою додаткових методів обстеження. Частим і деколи єдиним симптомом ВРВМТ у підлітків можуть бути надмірні слизисті виділення зі статевих шляхів. Саме ці скарги нерідко призводять до необґрунтованого лікування кольпіту. З віком частота больового синдрому прогресивно зростає і вже в репродуктивному віці досягає 92,1 % [2]. Він зберігає провідне місце в клініці тазової венозної недостатності впродовж усього жит-

тя жінки, в тому числі і в постменопаузі. Слід зазначити, що біль при ВРВМТ є різним і малоспецифічним. При детальному опитуванні можна виявити його зв'язок з другою фазою менструального циклу або з факторами, що негативно впливають на венозну гемодинаміку (вік, кількість вагітностей і пологів, умови праці, особливо значні фізичні навантаження, тривала робота у вимушеному положенні тощо). Біль у ділянці таза – це не тільки симптом багатьох захворювань, а й один із серйозних факторів, що визначають якість життя людини. Проблема удосконалення обстеження та лікування жінок з синдромом хронічного тазового болю залишається однією з головних у сучасній гінекології. Це обумовлено високою частотою даної патології, нез'ясованістю багатьох аспектів патогенезу, супутніми психоемоційними розладами, а також труднощами, які виникають у діагностиці аллогенного фактора та у виборі ефективного лікування [3–5]. Більшість жінок із ХТБ змушені обмежувати свою повсякденну діяльність, 90 % з них відчують біль під час статевого акту та майже половина пригнічені або перебувають у депресії протягом певного часу [6]. Одним із факторів формування больового синдрому в нижній частині живота у жінок, в тому числі і при рутинній гінекологічній пато-

логії, є стійке порушення венозної гемодинаміки в органах малого таза [7]. Складність діагностики ВРВМТ полягає в тому, що перебіг захворювання часто нагадує запальний процес внутрішніх статевих органів, а проведена рутинна протизапальна терапія практично завжди є неефективною. Поліморфізм клінічних проявів подібний з таким при ендометріозі, опущенні внутрішніх статевих органів, травматичній нейропатії після операцій на органах малого таза, а також при деяких екстрагенітальних захворюваннях: циститі, коліті, хворобі Крона, попереково-крижовому радикуліті, невралгії куприкового з'єднання і навіть патології кульшового суглоба [8, 9]. Відсутність специфічних симптомів робить необхідним обстеження венозної системи малого таза у всіх жінок з больовим синдромом у нижній частині живота. Варикозне розширення вен репродуктивних органів малого таза, що виявляється при ультразвуковому дослідженні, як правило, не привертає до себе уваги лікарів-діагностів та переважно трактується як вторинні зміни при патології жіночої статевої сфери. Однак ВРВМТ може виникати і в результаті первинної патології венозних судин. Первинний флебостаз призводить до дисфункції яєчників, що проявляється статевими і психомоторними розладами у жінок. На сьогодні причиною первинного флебостазу вважають наявність органної венозної ренальної гіпертензії, що супроводжується ретроградною течією крові по лівій яєчниковій вені, клапанної недостатності гонадної вени, а також впливу жіночих статевих гормонів на венозну стінку.

У діагностиці захворювання провідне місце займає ультразвуковий метод дослідження, який дозволяє достовірно та неінвазивно оцінити стан венозної системи органів малого таза. Ультразвукова семіотика при ВРВМТ характеризується збільшенням діаметра основних венозних колекторів малого таза: маткових, яєчникових, аркуатних, внутрішніх клубових вен у всі основні вікові біологічні періоди життя жінки. Доплерографічним критерієм є зниження пікової систолічної швидкості у маткових, яєчникових, внутрішніх клубових венах [10]. За даними різних досліджень, консервативне лікування ВРВМТ показано при ізольованому ураженні венозних сплетень (маткового, сакрального, лозоподібного, вен параметрія) та розширенні гонадної вени без наявності рефлюксу крові по ній при відсутності органічної гінекологічної патології.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність застосування препарату «Нормовен» у жінок репродуктивного віку з хронічним тазовим болем на фоні варикозного розширення вен малого таза.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами проведено обстеження 70 жінок репродуктивного віку (від 18 до 39 років) з ХТБ, з яких в основну групу було виділено 30 пацієнок (середній вік $(33,4 \pm 1,2)$ року), у яких було діагностовано ВРВМТ. Для порівняння і уточнення ультразвукових критеріїв ВРВМТ ми обстежили 20 практично здорових жінок репродуктивного віку (від 19 до 38 років, середній вік $(31,8 \pm 2,2)$ року). У дослідження не входили жінки з гострими запальними захворюваннями органів малого таза, міомою

матки, пухлинами яєчників, ендометріозом, вагітністю, онкологічними захворюваннями.

Ультразвукове обстеження проводилось на апараті Philips ATL-HDI 4000 з використанням інтравагінального датчика в режимах ехографії і доплерографії, яке включає кольорове доплерівське картування та імпульсну доплерометрію. Об'єм обстеження передбачав визначення внутрішнього діаметра яєчникових, маткових, аркуатних і внутрішніх клубових вен (см), у комплексі з визначенням пікової систолічної швидкості кровотоку в маткових і внутрішніх клубових венах (см/с).

Пацієнткам основної групи з синдромом ХТБ і ВРВМТ нами запропоновано застосування вітчизняного препарату «Нормовен» по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 3 місяців. Нормовен (флавоноїдна фракція, яка містить діосмін, гесперидин) має венотонізуючі властивості, сприяє зменшенню венозного застою, має ангіопротекторну дію. Препарат покращує мікроциркуляцію, підвищуючи резистентність капілярів, покращує лімфатичний дренаж, володіє протинабряковою і протизапальною діями. Статистичну обробку результатів виконували за допомогою методів варіаційної статистики на основі стандартних програм статистичного аналізу Microsoft Excel 5.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Діаметр лівих внутрішньої клубової, яєчкової, маткової вен у середньому на 10 % перевищував показники судин правої сторони. Подібна тенденція спостерігалась при визначенні пікової систолічної швидкості кровотоку – зліва показники були в середньому на 12 % нижчими, ніж у правих внутрішніх клубових і маткових венах. При обстеженні пацієнок з ВРВМТ у 10 (13 %) випадках було виявлено тотальне розширення вен малого таза (1 група), у 15 (50 %) спостережень – поєднане розширення яєчникових, маткових, аркуатних вен (2 група), в 5 (17 %) випадках – ізольоване розширення яєчникових вен (3 група).

У пацієнок 1 групи при ультразвуковому обстеженні відмічено розширення яєчникових вен до 0,7 см, маткових вен – до 1,0–1,5 см, аркуатних вен – до 0,4–0,5 см, внутрішніх клубових вен – до 1,3–1,8 см. Пікова систолічна швидкість кровотоку в клубових і маткових артеріях знижена з обох сторін утричі і більше. Після курсу прийому нормовену спостерігали покращення стану венозної системи малого таза у 8 з 10 пацієнок.

У жінок 2 групи до лікування було виявлено розширення аркуатних вен до 0,7 см, яєчникових вен – до 0,7 см, маткових вен – до 1,0–1,5 см. Пікова систолічна швидкість кровотоку в маткових венах з обох сторін була знижена, відносно цього показника в контрольній групі, в 3,5 рази і більше, та становила, в середньому, $(1,68 \pm 0,31)$ см/с. Після проведення лікування було відмічено достовірне зменшення діаметра досліджуваних вен у 13 з 15 пацієнок (86,7 %). Пікова систолічна швидкість кровотоку в маткових венах збільшилась, відносно вихідних даних, в середньому вдвічі і склала $(3,38 \pm 0,35)$ см/с.

У 3 групі серед жінок з ізольованим розширенням яєчникових вен діаметр судин до лікування ко-

ливався від 0,5 до 0,7 см. Після курсу лікування нормовеном їх діаметр зменшився до 0,2–0,3 см. Показники стану венозної системи малого таза до та після лікування наведені в таблиці 1. Ультразвукові показники основних венозних колекторів у здорових жінок (контрольна група) показані в таблиці 2.

Необхідно зазначити, що ультразвукове дослідження, в поєднанні з кольоровим доплерівським картуванням пацієнток з ВРВМТ, є високоінформативним методом дослідження, оскільки дозволяє

провести топічну діагностику, визначити морфологічний характер ураження, диференціювати вид патологічного процесу та виявити супутню патологію органів малого таза. Результати проведеного дослідження показали позитивний терапевтичний ефект у вигляді усунення больового синдрому у 28 жінок з 30 (93 %), зменшення специфічних симптомів захворювання: болючості при пальпації стінок малого таза у 26 з 30 (86,6 %), ціанозу піхви у 27 з 30 пацієнток (90 %).

Таблиця 1. Показники стану венозної системи малого таза до та після лікування

Вени малого таза	Діаметр вени, см		Швидкість кровотоку, см/с	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Внутрішні клубові				
права	1,55±0,21	1,14±0,20	3,88±0,67	8,53±0,59*
ліва	1,64±0,20	1,21±0,22	3,31±0,74	6,95±0,81*
Яєчникові				
права	0,55±0,09	0,20±0,02*	–	–
ліва	0,61±0,10	0,26±0,04*	–	–
Маткові				
права	1,15±0,20	0,54±0,11*	1,83±0,33	3,51±0,27*
ліва	1,26±0,26	0,75±0,18*	1,54±0,29	3,25±0,43*
Аркуатні	0,43±0,08	0,11±0,06*	–	–

Примітка. * – різниця показників до лікування і після нього достовірна (p<0,05).

Таблиця 2. Ультразвукові показники основних венозних колекторів у здорових жінок

Показник УЗД	Внутрішні клубові вени	Яєчникові вени	Маткові вени	Аркуатні вени
Діаметр вени, см	0,80±0,10	0,25±0,05	0,60±0,10	0,10±0,05
Пікова систолічна швидкість кровотоку, см/с	10,1±2,6	–	6,75±1,85	–

ВИСНОВКИ. ВРВМТ у жінок – це хронічне рецидивуюче захворювання з вираженим органічним ураженням венозної системи, яке у жінок репродуктивного віку часто ускладнюється синдромом ХТБ. Застосування препарату «Нормовен» дозволяє покращити венозну гемодинаміку в органах малого таза, нормалізувати тонус вен і покращити венозний відтік з малого таза. Відсутність недоліків оперативних методів лікування захворювання, ефективність, просто-

та і доступність дозволяють рекомендувати його для широкого використання.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Перспективним вважаємо дослідження ролі ендотеліальної дисфункції в патофізіології порушень при варикозному розширенні вен малого таза та можливість її корекції діосмінмісним препаратом «Нормовен». Клініко-патогенетичне обґрунтування різносторонньої дії даного флеботонічного засобу дозволить уникнути поліпрагмазії в лікуванні жінок з ВРВМТ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хоменко Н. Е. Варикозная болезнь вен малого таза: этиология, патогенез, диагностика, лечение / Н. Е. Хоменко, Ю. Е. Восканян, С. А. Гаспарян // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 6. – С. 8–10.
 2. Качество жизни у женщин с варикозной болезнью вен малого таза / Н. М. Шибельгут, И. С. Захаров, В. Г. Колесникова, Н. Б. Мозес // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т. 16, № 2. – С. 50–55.

3. Лунько Т. А. Комплексне обстеження і лікування жінок з синдромом хронічних тазових болів із застосуванням інтраскопічних технологій : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец.14.01.01. «Акушерство» / Т. А. Лунько. – Одеса, 2006. – 22 с.
 4. Pelvic congestion syndrome: A new approach to an unusual problem / B. V. Mathis, J. S. Miller, M. L. Luckens, M. V. Paluzzi // Amer. Surg. – 2005. – Vol. 61. – P. 1016–1018.

5. Howard F. M. Chronic pelvic pain / F. M. Howard // *Obstet. Gynecol.* – 2003. – № 101 (3). – P. 594–611.
6. Пирогова В. І. Синдром хронічного тазового болю: сучасні підходи до розв'язання проблем / В. І. Пирогова, С. О. Шурпяк // *Здоров'я України.* – № 1. – С. 9 – 11.
7. Гаврилов С. Г. Варикозная болезнь малого таза: современное состояние проблемы / С. Г. Гаврилов, О. И. Бутенко, М. А. Черкашин // *Анналы хирургии.* – 2003. – № 1. – С. 7–12.
8. Ющенко А. Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь? / А. Н. Ющенко // *Новости медицины и фармации.* – 2005. – Т. 9, № 169. – С. 14 – 16.
9. Суковатых Б. С. Диагностика и лечение атипичных форм варикозной болезни вен таза / Б. С. Суковатых // *Вестник хирургии.* – 2008. – № 3. – С. 43–45.
10. Мозес В. Г. Ультразвуковая семиотика варикозного расширения вен малого таза у женщин в основные возрастные биологические периоды жизни / В. Г. Мозес // *Ультразвуковая и функциональная диагностика.* – 2005. – № 6. – С. 33–38.

Отримано 31.03.15