

УДК 616.718/19-009.7-036.12-08

ЯКОВЛЕВА Э.Б., БАБЕНКО О.М., БУГАЕВ А.Б.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Резюме. Целью исследования была оценка эффективности венотоника нормовен у женщин репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза и синдромом хронических тазовых болей.

Для решения поставленной задачи было обследовано и пролечено 60 женщин репродуктивного возраста с хроническим болевым синдромом на фоне варикозного расширения вен малого таза (4 пациентки не завершили исследование). Все женщины методом случайной выборки были разделены на две группы: основную и сравнения. Пациентки основной группы получали нормовен, а группы сравнения — гидроксипрогестерона капроат в течение 3 месяцев. В контрольной группе обследованы 15 гинекологически здоровых женщин. До и после лечения оценивали коагулограмму, выраженность болевого синдрома и состояние венозных сплетений малого таза с помощью ультразвукового исследования с оценкой диаметра вен и кровотока в них.

Проведенное исследование показало высокую эффективность препарата нормовен для устранения синдрома хронических болей у женщин с застойным тазовым синдромом. Полученный эффект обусловлен улучшением эластичности сосудистой стенки, уменьшением диаметра расширенных вен и улучшением гемодинамики, что проявляется увеличением пиковой скорости кровотока, улучшением перфузии и оксигенации тканей, особенно в местах эктазий вен.

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

Хроническая тазовая боль составляет 10 % всей патологии, с которой женщины обращаются к гинекологу, а в некоторых случаях, ввиду безуспешности консервативной терапии, даже подвергаются оперативному лечению [1]. Постоянные тазовые боли у женщин часто вызывают физические и моральные страдания, приводят к утрате трудоспособности. Высокая частота, трудности диагностики, отсутствие оптимальных схем патогенетического лечения, а также большое социальное значение этой патологии и обусловило введение в обиход понятия синдрома хронических тазовых болей (СХТБ) [1, 2].

У женщин, обращающихся к гинекологу по поводу хронических тазовых болей, частота варикозной болезни малого таза достигает 30 %. Венозная недостаточность, приводящая к тазовым болям в 38–40 % случаев, вызывает у 10–12 % пациенток временную утрату трудоспособности, правильный диагноз при этом ставится лишь у 2 % [1].

В настоящее время для обозначения варикозной болезни вен малого таза в литературе используется большое количество терминов: тазовый варикоз, тазовая варикозная недостаточность, тазовая венозная патология, тазовое варикоцеле,

варикозная болезнь вен малого таза, варикозное расширение вен малого таза, синдром венозного полнокровия малого таза, застойный тазовый синдром [1–4].

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, 4]. Частота развития ВРВМТ обусловлена возрастом пациенток, локализацией процесса, а также наличием сопутствующей гинекологической патологии. 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 [5, 6].

Разнообразие клинических проявлений ВРВМТ часто приводит к тому, что варикозная болезнь протекает под маской других гинекологических заболеваний [4, 5]. Пациентки с варикозной болезнью вен малого таза часто и длительно

© Яковлева Э.Б., Бабенко О.М., Бугаев А.Б., 2014

© «Медицина неотложных состояний», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

тельно лечатся от «хронических воспалительных заболеваний органов малого таза». Поэтому наиболее часто диагностические ошибки совершаются на этапе оценки клинических данных заболевания [6].

В настоящее время использование современных методов ультразвуковой диагностики позволяет установить правильный диагноз. В клинической практике диагноз устанавливается на основании результатов ультразвукового исследования. Применение ультразвуковых методов исследования представляет существенные возможности в диагностике нарушений венозной гемодинамики в органах малого таза у женщин. Основным критерием выраженного флебостаза в органах малого таза, который играет ведущую роль в диагностике ВРВМТ, является увеличение диаметра основных венозных коллекторов — маточных, яичниковых, дугообразных и внутренних подвздошных вен [5, 7].

Этиологическим лечением ВРВМТ является устранение рефлюкса по гонадным венам, что может проводиться как хирургическим, так и консервативным методом [3, 6, 8].

Основные задачи патогенетического лечения: восстановление венозного тонуса, улучшение гемодинамики и трофических процессов в органах малого таза. Симптоматическая терапия ВРВМТ направлена на устранение отдельных клинических проявлений заболевания, в первую очередь болевого синдрома [1, 2].

В лекарственной терапии ВРВМТ используются препараты различных фармакологических групп [1]. В основном применяется сочетание одного из венотропных препаратов с препаратами, обладающими антиагрегантными свойствами [1].

Сохранение болевого синдрома служит показанием к хирургическому вмешательству, основной целью которого является ликвидация патологического рефлюкса крови через расширенные гонадные вены [1, 9, 10].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности венотоника нормовен у женщин репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза и синдромом хронических тазовых болей.

Материал и методы

Для решения поставленной задачи было обследовано и пролечено 60 женщин репродуктивного возраста. Критерии включения в исследование: наличие нерегулярных тазовых болей в течение 6 месяцев и более на фоне варикозного расширения вен малого таза. 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 обследовании.

Оценивались данные соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза. Обследование включало: оценку объективного статуса, в том числе гинекологическое исследование; общеклинические анализы (общий анализ крови и мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, цитологический мазок, анализ выделений из влагалища на флору).

Ультразвуковое исследование проводилось на сканере Medison SA-8000 EX с использованием интравагинального датчика в режимах эхографии и доплерографии, включающей цветное доплеровское картирование и импульсную доплерометрию.

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

Общепринятой классификации варикозного расширения вен малого таза в настоящее время не существует. В связи с тем, что изолированная эктазия 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 использовали наиболее распространенный в настоящее время подход и выделяли 3 степени варикоза: 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 обследования проводили до и после лечения [8].

Все женщины с ВРВМТ методом случайной выборки были разделены на две группы: основную и сравнения (по 30 пациенток). Пациентки основной группы получали нормовен по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 10 дней, а затем 1 раз в сутки, полный курс терапии — 3 месяца. Нормовен (флавоноидная фракция, содержащая диосмин, гесперидин) — ангиопротектор, оказывает разностороннее 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, уменьшает их проницаемость; а также оказывает противовоспалительное действие: усиливает сосудосуживающий эффект адреналина, блокирует выработку свободных радикалов, синтез простагландинов и тромбосана.

Женщины группы сравнения получали лечение гидроксипрогестерона капроатом, который, согласно международным рекомендациям,

является первой линией терапии хронической тазовой боли. Препарат назначали внутримышечно — 1 мл 12,5% раствора 1 раз в неделю на протяжении 3 месяцев.

В контрольной группе обследованы 15 гинекологически здоровых женщин, которые обратились в отделение планирования семьи ДРЦОМид для подготовки к беременности. Женщины в контрольную группу подбирались по возрасту по принципу «случай — контроль».

В процессе исследования 1 женщина основной группы не явилась на контрольный визит через 3 месяца, а из группы сравнения выбыло 3 женщины, которые отказались от продолжения терапии в связи с наличием побочных явлений терапии (у 1 зарегистрирована нежелательная прибавка веса, а у 2 возникли ациклические кровотечения). Данные указанных пациенток были исключены из статобработки.

Статистическая обработка данных выполнялась на ПК с использованием пакетов программ Word и Excel. Рассчитывались средние величины, ошибка средней и доли. Данные считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток с ВРВМТ составил $34,8 \pm 2,4$ года и не отличался от такового в контрольной группе ($33,5 \pm 2,7$ года, $p > 0,05$), что объясняется критериями отбора пациенток в указанную группу.

Жалобы на ациклические боли имелись у всех 56 пациенток (100%), дисменорее — у 10 (17,9%) и диспареунию — у 7 (12,5%). Большинство обследованных отмечали появление или усиление болей после длительного нахождения в вертикальном положении, поднимания тяжестей, после стрессов (49, или 87,5%), часть также указывала на усиление болей во вторую фазу цикла (17, или 30,4%). Боли зачастую были невыраженные, но носили достаточно постоянный характер, что нарушало качество жизни пациенток. По аналоговой шкале оценки боли они оценивали ее от 2 до 5 баллов (средний показатель составил $3,6 \pm 0,4$ балла).

При сравнении семейного анамнеза отмечено, что в основной и группе сравнения достоверно чаще регистрировались заболевания вен (65,5 и 55,6% по сравнению с 20% в контроле, $p < 0,05$), сердечно-сосудистой системы, в первую очередь гипертоническая болезнь (48,3 и 51,9% по сравнению с 26,7%, $p < 0,05$).

Анализ соматического анамнеза показал, что у обследованных с ВРВМТ достоверно чаще регистрировалось расширение геморроидальных вен (51,7 и 66,6% по сравнению с 13,3% у гинекологически здоровых женщин, $p < 0,05$) и вен нижних конечностей (51,7 и 66,6% по сравнению с 6,7%, $p > 0,05$). По частоте другой экстрагенитальной патологии, а также акушерскому анамнезу группы достоверно не отличались ($p > 0,05$).

Необходимо отметить, что большинство женщин основной и группы сравнения (89,7 и 92,6%) имели в анамнезе воспалительные заболевания органов малого таза, по поводу чего неоднократно получали лечение. Это можно объяснить либо тем, что воспалительные процессы гениталий создали условия для развития ВРВМТ, либо ошибками в диагностике, когда боль в результате застойного синдрома расценивали как боль вследствие воспалительного процесса.

Изучение показателей коагулограммы до начала лечения не выявило существенных различий между женщинами с ВРВМТ и здоровыми ($p > 0,05$), они находились в пределах референтных значений.

Инструментальное исследование показало, что диаметр вен малого таза у женщин контрольной группы не зависел от места измерения и колебался в пределах 2,0–5,0 мм (в среднем $3,6 \pm 0,1$ мм). Полученные результаты полностью совпадают с данными литературы о том, что диаметр сосудов венозных сплетений малого таза в норме не превышает 5 мм [1, 7].

Кривые кровотока у большинства обследованных группы контроля были монотонными (11, или 73,3%), у остальных они были двухфазными, но ни в одном случае кривая не достигала нулевых значений. Максимальная скорость венозного кровотока колебалась от 5,0 до 15,0 см/с, средние значения составляли $8,7 \pm 1,4$ см/с.

Внутренний диаметр вен у пациенток с хронической тазовой болью колебался от 5,0 до 13,0 мм и в среднем составил $8,2 \pm 0,6$ мм. Распределение пациенток в зависимости от степени расширения вен малого таза представлено в табл. 1.

Пиковые значения венозной скорости кровотока у пациенток с ВРВМТ снижались по мере прогрессирования степени дилатации вен ($6,9 \pm 0,8$ см/с и $6,7 \pm 1,1$ см/с соответственно в основной и группе сравнения при I степени дилатации, при II — $6,7 \pm 1,1$ см/с и $6,5 \pm 0,9$ см/с соответственно, а при III — $6,1 \pm 1,2$ см/с и $5,9 \pm 1,3$ см/с), но различия оказались статисти-

Таблица 1. Распределение обследованных пациенток по степени дилатации вен малого таза

Группы	Степень дилатации					
	I		II		III	
	N	%	N	%	N	%
Основная (n = 29)	19	65,5	7	24,1	3	10,3
Сравнения (n = 27)	20	74,1	5	18,5	2	7,4

чески недостоверными ($p > 0,05$). В то же время указанные показатели были существенно ниже таковых у здоровых женщин ($p < 0,05$). Просвет вен малого таза у всех обследованных пациенток был однородным, анэхогенным, что указывает на отсутствие в них тромбов. Данный результат объясняется тем, что критерием исключения из данного исследования было наличие тромбов в связи с назначением в дальнейшем гормональной терапии.

В табл. 2 представлены данные о характере кривой венозного кровотока у обследованных пациенток в зависимости от степени расширения вен. Из нее видно, что если для здоровых женщин характерны монотонные кривые скорости венозного кровотока, то у пациенток с ВРВМТ чаще регистрируются двухфазные кривые с появлением нулевых значений (связанных с дыханием) по мере прогрессирования эктазии, а при значительных степенях расширения вен у части обследованных отмечался реверсивный кровоток.

Как было отмечено ранее, все женщины с ВРВМТ в данном исследовании отмечали наличие болевого синдрома, его выраженность не зависела от показателей коагулограммы и степени расширения вен, но зарегистрирована отрицательная корреляция с пиковой скоростью кровотока ($r = -0,37$, $p < 0,05$) и положительная — с его характером (при наличии нулевого или ретроградного кровотока болевой синдром был более выраженным, $r = 0,29$ и $r = 0,43$ соответственно, $p < 0,05$).

Полученные данные позволяют предположить, что болевой синдром у пациенток с застойным тазовым синдромом обусловлен не только возбуждением обширных рефлексогенных зон в дилатированных венах, но и наличием нарушений кровообращения и гипоксией тканей.

На фоне проводимого консервативного лечения показатели коагулограммы в обеих группах существенно не изменились ($p > 0,05$).

Выраженность болевого синдрома претерпела существенные изменения. Так, если до лечения

Таблица 2. Характер кривой венозного кровотока в зависимости от степени дилатации вен малого таза

	Степень дилатации					
	I		II		III	
	N	%	N	%	N	%
Основная группа (n = 29)						
Монотонная	3	15,8	1	14,3	0	0
Двухфазная	14	73,7	4	57,1	1	33,33
Двухфазная с нулевым кровотоком	2	10,5	1	14,3	1	33,33
С реверсивным кровотоком	0	0	1	14,3	1	33,33
Группа сравнения (n = 27)						
Монотонная	4	20,0	1	20,0	0	0
Двухфазная	15	75,0	3	60,0	1	50,0
Двухфазная с нулевым кровотоком	1	5,0	1	20,0	0	0
С реверсивным кровотоком	0	0	0	0	1	50,0

Таблица 3. Динамика болевого синдрома в процессе терапии у обследованных пациенток

	Степень дилатации					
	I		II		III	
	N	%	N	%	N	%
Основная группа (n = 29)						
Исчезновение	17	89,5	6	85,7	1	33,33
Улучшение	2	10,5	1	14,3	1	33,33
Без изменений	0	0	0	0	1	33,33
Ухудшение	0	0	0	0	0	0
Группа сравнения (n = 27)						
Исчезновение	1	5,0	0	0	0	0
Улучшение	2	10,0	1	20,0	0	0
Без изменений	16	80,0	2	40,0	1	33,3
Ухудшение	1	5,0	2	40,0	2	66,7

Таблица 4. Изменение диаметра вен в зависимости от степени дилатации вен малого таза, мм

Группы	Степень дилатации					
	I		II		III	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная (n = 29)	5,9 ± 0,4	4,7 ± 0,6	8,8 ± 1,1	7,9 ± 1,2	10,6 ± 0,4	10,4 ± 0,2
Сравнения (n = 27)	5,8 ± 0,3	6,0 ± 0,4	8,8 ± 0,9	9,2 ± 0,8	10,3 ± 0,5	10,2 ± 0,3

все обследованные с ВРВМТ оценивали степень выраженности боли от 2 до 5 баллов, то после 3 месяцев терапии венотоником оценка была в пределах 0–2 баллов (в среднем $0,9 \pm 0,1$ балла, $p < 0,05$), тогда как при лечении гидроксипрогестероном они остались в тех же пределах (в среднем $3,4 \pm 0,7$ балла, $p < 0,05$).

Динамика болевого синдрома в зависимости от степени расширения вен таза представлена в табл. 3. Из нее видно, что при I и II степенях эктазии практически у всех женщин исчезли жалобы на боли в низу живота, а у остальных состояние улучшилось. При значительном расширении вен такой выраженной положительной динамики достигнуть не удалось: боли исчезли только у трети больных, еще у трети зарегистрировано улучшение.

На фоне лечения гидроксипрогестерона капроатом у большинства пациенток существенных изменений не произошло, а при значительном расширении вен даже отмечено усиление болевого синдрома.

Через 3 месяца консервативной терапии у пациенток основной группы с I и II степенями эктазии зарегистрировано уменьшение просвета вен, тогда как среднее значение внутреннего диаметра при III степени практически не изменилось (табл. 4).

Кроме уменьшения диаметра вен, у женщин основной группы с I и II степенями дилатации, происходило некоторое повышение скоростных показателей кровотока (с $6,9 \pm 0,8$ см/с до $7,7 \pm 1,1$ см/с при I степени и с $6,7 \pm 1,1$ см/с до $6,8 \pm 0,7$ см/с при II степени), однако достоверными изменения оказались только при I степени ($p < 0,05$). При значительном расширении вен таза (III степень) существенных изменений кровотока в основной группе не зарегистрировано ($6,1 \pm 1,2$ см/с до лечения и $5,9 \pm 0,9$ см/с после, $p > 0,05$).

Анализ состояния кровотока в венозных сплетениях малого таза у пациенток группы сравнения показал отсутствие положительной динамики при I и II степени дилатации ($6,7 \pm 1,1$ см/с и $6,6 \pm 1,3$ см/с до и после лечения при I степени; $6,5 \pm 0,9$ см/с и $6,2 \pm 1,2$ см/с соответственно при II степени, $p > 0,05$), тогда как при III степени эктазии отмечено достоверное снижение кровотока ($5,9 \pm 1,3$ см/с и $5,2 \pm 0,7$ см/с до и после лечения соответственно, $p < 0,05$). Надо отметить, что у 1 из 2 женщин (50 %) с выраженным расширением вен появились участки турбулентного кровото-

ка, что может говорить об изменении сосудистой стенки у данной пациентки.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность препарата нормовен для устранения синдрома хронических болей у женщин с застойным тазовым синдромом. Полученный эффект обусловлен улучшением эластичности сосудистой стенки, уменьшением диаметра расширенных вен и улучшением гемодинамики, что проявляется увеличением пиковой скорости кровотока, улучшением перфузии и оксигенации тканей, особенно в местах эктазий вен.

Проведенное исследование показало необходимость пересмотра диагностических и лечебных подходов к ведению пациенток с хронической тазовой болью с внесением флеботоников (нормовена) в первую линию терапии болевого синдрома при наличии варикозного расширения вен малого таза.

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. 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.
3. Савельев В.С. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей как общемедицинская проблема / В.С. Савельев, А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев [и др.] // Consilium medicum. — 2004. — № 6. — С. 433-436.
4. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза / В.Ю. Богачев // Consilium medicum. — 2006. — № 1(1). — С. 20-23.
5. 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.
6. 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.
7. Флебология: Рук-во для врачей / Под ред. В.С. Савельева. — М., 2001.
8. Ющенко А.Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь? / А.Н. Ющенко // Новости медицины и фармации. — 2005. — № 9(169). — С. 14-16.
9. Майоров М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике / М.В. Майоров // Провизор. — 2003. — № 23. — С. 17-19.
10. Кириенко А.И. Хирургическое лечение варикозной болезни малого таза / А.И. Кириенко, В.И. Прокубовский, В.Ю. Богачев // Материалы 3-й Конф. Ассоц. флебологов России. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 150-150.

Получено 17.01.14 ■

Яковлева Е.Б., Бабенко О.М., Бугайов А.Б.
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Резюме. Метою дослідження була оцінка ефективності венотоніка нормовен у жінок репродуктивного віку з варикозним розширенням вен малого таза і синдромом хронічних тазових болів.

Для вирішення поставленого завдання було обстежено та проліковано 60 жінок репродуктивного віку з хронічним больовим синдромом на тлі варикозного розширення вен малого таза (4 пацієнтки не завершили дослідження). Усі жінки методом випадкової вибірки були розділені на дві групи: основну і порівняння. Пацієнтки основної групи отримували нормовен, а групи порівняння — гідроксіпрогестерона капроат протягом 3 місяців. У контрольній групі обстежені 15 гінекологічно здорових жінок. До і після лікування оцінювали коагулограму, вираженість больового синдрому та стан венозних сплетінь малого таза за допомогою ультразвукового дослідження з оцінкою діаметру вен і кровообігу в них.

Проведене дослідження показало високу ефективність препарату нормовен для усунення синдрому хронічних болів у жінок із застійним тазовим синдромом. Отриманий ефект обумовлений поліпшенням еластичності судинної стінки, зменшенням діаметру розширених вен і поліпшенням гемодинаміки, що проявляється збільшенням пікової швидкості кровообігу, поліпшенням перфузії та оксигенації тканин, особливо в місцях ектазій вен.

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

Yakovleva E.B., Babenko O.M., Bugayov A.B.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF TREATMENT FOR CHRONIC PELVIC PAIN

Summary. Aim of this study was to evaluate the effectiveness of vein tonic normoven in women of reproductive age with varicose pelvic veins and chronic pelvic pain syndrome.

To solve this problem there were examined and treated 60 women of reproductive age with chronic pain syndrome on a background of varicose pelvic veins (4 patients did not complete the study). All women were randomly divided into two groups: study and comparison one. Patient from study group received normoven, and comparison groups — hydroxyprogesterone caproate for 3 months. In the control group there were examined 15 gynecologically healthy women. Before and after treatment we assessed coagulogram, the severity of pain syndrome and the state of the pelvic venous plexus using ultrasound with estimation of the diameter of veins and blood flow in them.

The study showed high efficacy of normoven to eliminate chronic pain syndrome in women with pelvic congestion syndrome. The effect is due to the improvement of vascular wall elasticity, reducing the diameter of varicose veins and hemodynamic improvement, which is shown by increased peak flow velocity, improved perfusion and tissue oxygenation, especially in areas of veins ectasia.

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