

Варикозна хвороба вен малого таза і синдром хронічного тазового болю – діагностично-лікувальні аспекти

В.І. Пирогова, С.О. Шурпак, М.Й. Малачинська

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

У статті наведені дані щодо поширеності варикозної хвороби вен малого таза як причини виникнення синдрому хронічного тазового болю (СХТБ), диференціально-діагностичні принципи цієї поширеної патології. Представлені дані обстеження та лікування пацієнок із СХТБ на ґрунті венозного тазового повнокров'я.

Ключові слова: варикозна хвороба вен малого таза, синдром хронічного тазового болю, флеботоніки, троксерутин.

Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) – це стан, який характеризується наявністю неспецифічного тазового болю тривалістю понад 6 міс з невизначеним початком і відсутністю виражених морфологічних змін органів і тканин, які можуть зумовлювати больовий синдром різної інтенсивності [3, 7, 19].

Хронічний тазовий біль є поширеним виснажуючим станом, етіологія якого до теперішнього часу з'ясована не повністю. Пацієнтів засмучують напади болю, що періодично повторюються, тривалі багаторазові обстеження та нерідко нездатність лікарів встановити правильний діагноз і призначити ефективну терапію [16].

Синдром хронічного тазового болю – поширена проблема, для вирішення якої тільки в США щорічно витрачається до 2 млн доларів [18, 19]. При цьому майже 90% пацієнок із СХТБ неодноразово проходять лікування в гінекологічних стаціонарах, а СХТБ є одним з найбільш поширених показань до проведення діагностичних лапароскопічних втручань. У той же час, навіть при застосуванні такого інформативного діагностичного методу, з'ясувати причину виникнення тазового болю вдається тільки у кожному другому випадку [19].

Жінки зі скаргами на біль у ділянці малого таза складають до 20% пацієнок гінекологічних консультацій і до 10% всіх випадків звернення жінок до лікарів загальної практики [17]. Хронічний тазовий біль є показанням до 10–15% гістеректомії, що проводяться в США. Жінки з хронічним тазовим болем піддаються в п'ять разів більшому числу операцій і в чотири рази частіше звертаються за медичною допомогою з приводу різних соматичних захворювань, що не пов'язані з хронічним тазовим болем, в порівнянні з жінками тих же вікових груп, які не страждають на біль.

СХТБ може бути обумовлений різними етіологічними факторами або їх поєднанням: наявністю гінекологічної патології (ендометріоз; хронічні запальні захворювання органів малого таза; оваріальні кисти тощо); захворюваннями шлунково-кишкового тракту (синдром подразненої кишки, коліт, хвороба Крона); урологічними порушеннями (інтерстиціальний цистит); соматичною дисфункцією; міофасціальним больовим синдромом; варикозною хворобою вен малого таза; неврологічними захворюваннями (невралгія, вертебральний синдром тощо); наявністю психогенного болю (на тлі стресу або депресії) тощо.

Деякі з цих станів легко діагностуються, але в ряді випадків причини СХТБ надзвичайно складно виявити. У

цілому близько 60% жінок із СХТБ не мають специфічного діагнозу і понад 20% хворих не проходять необхідні обстеження.

Відповідно до сучасних уявлень, хронічний біль будь-якої етіології являє собою результат динамічної взаємодії ряду біологічних та психосоціальних чинників. Патогенетичні механізми, що лежать в основі розвитку СХТБ, на сьогодні недостатньо зрозумілі. Повна або часткова неефективність консервативних та оперативних методів лікування, які у сукупності або окремо використовуються у практиці, дозволяють припустити, що певні механізми генерації та персистенції хронічного больового синдрому лежать поза спектром лікувальних впливів [16].

Дослідження, присвячені вивченню причин розвитку синдрому хронічного тазового болю, є достатньо чисельні. За даними одних авторів, у 36% жінок тривалий біль низом живота викликається зростовим процесом малого таза, у 14% – ендометріозом, у 13% – патологією кишечника, у 11% – об'ємними утвореннями яєчників, у 8% – запальними захворюваннями органів малого таза, а майже у 19% випадків причина болю залишається невідомою [3, 4, 17, 20]. Інші дані свідчать, що при больовому синдромі у більшості хворих виявляються малі форми гінекологічних захворювань: кисти яєчників (14,6%), невеликі лейоміоми тіла матки (9,8%), хронічні запальні захворювання органів малого таза (7,3%), а на частку зростового процесу та варикозного розширення вен малого таза припадає по 19,5% [4, 7, 13, 17].

На даний час для визначення варикозної хвороби вен малого таза у вітчизняній та іноземній літературі використовується ряд різноманітних, однак за змістом однозначних термінів: тазовий варикоз, тазова варикозна недостатність, тазова венозна патологія, тазове варикоцеле, варикозна хвороба вен малого таза, варикозне розширення вен малого таза, синдром венозного повнокров'я малого таза [11, 14].

Усе більша поширеність захворювань, що відносяться до варикозного розширення вен, на сучасному етапі розвитку людства пояснюється багатьма факторами: зміни умов життєдіяльності, зменшення рухової активності при домінанті сидячої, малорухомої або важкої фізичної праці тощо [11].

Для розуміння ролі варикозного розширення вен малого таза (ВРВМТ) у виникненні синдрому хронічного тазового болю слід звернутись до анатомо-фізіологічних особливостей венозної системи органів малого таза [13].

Згідно з сучасними уявленнями, венозна система малого таза в процесі філогенезу виникла пізніше, ніж артеріальна, венозна мережа є в кілька разів довше артеріальної, а її ємність значно вищою [14]. Крім того, особливістю вен органів малого таза жінок є утворення венозних сплетінь, які слугують потужними судинними колекторами, що виконують роль депо крові і анастомозів між великими судинами малого таза. Наявність венозних сплетінь визначає складні гемодинамічні умови венозного кровообігу і відсутність зон ізольованого відтоку від матки і яєчників [13, 14].

Дилатація вен обумовлена анатомо-фізіологічними особливостями кровопостачання органів малого таза. До того ж, особливістю будови вен тазових сплетінь є відсутність клапанів, які є в магістральних венах [14]. Стан венозної системи органів малого таза суттєво змінюється впродовж життя жінки [8]. Ріст вен триває приблизно до 36 років, надалі їх розмір, діаметр в динаміці поступово зменшується майже до повної облітерації в постменопаузі [8, 11]. Венозна мережа малого таза жінки в силу особливостей будови, функціонального стану і гормональної залежності створює «ідеальні» умови для розвитку варикозної хвороби, оскільки навіть у фізіологічних умовах є передумови для розвитку не тільки застою (фізіологічний стаз), а й частково зворотного току крові (транзиторна регургітація) [2, 8, 14]. Поступовий вплив несприятливих факторів (вік, умови праці, вагітність і пологи, перенесені запальні захворювання внутрішніх геніталій, контрацепція, дисплазія сполучної тканини) призводять з часом до зриву адаптації, виникнення хронічного венозного застою в малому тазі, деформації венозного русла, його морфологічної перебудови та розвитку клінічних форм захворювання [2, 10, 12, 13, 15].

Наслідком розвитку варикозного розширення вен малого таза є каскад патологічних реакцій, що призводять до гіпоксичних і трофічних змін в тканинах органів малого таза і формують клінічну картину захворювання – синдрому хронічного тазового болю [2, 4, 7, 16].

На жаль, можливість наявності тазового венозного повнокров'я часто ігнорується, а без своєчасного адекватного лікування захворювання поступово прогресує і з часом призводить до істотного зниження якості життя [7, 11, 15]. Це підтверджується широким діапазоном частоти варикозної хвороби органів малого таза, які наводять різні автори – від 12 до 80% [2, 11, 13, 15]. Це пояснюється різними причинами: використанням різних за інформативністю методів діагностики та довільним трактуванням їх результатів; обстеженням різних вікових категорій пацієнток (частота розвитку тазового венозного повнокров'я залежить від віку жінки: зустрічається у дівчаток 3–17 років у 19,4%, у жінок репродуктивного віку – у 80% випадків [8]); різною поширеністю процесу (варикозне розширення вен уражає різні ділянки малого таза – варикооваріоцеле, варикозне розширення вен широкої зв'язки матки, тотальне ураження венозної системи малого таза) [10]; поєднанням з іншою гінекологічною та соматичною патологією [19, 20].

В останній час з'являється все більше даних, що серед жінок, які звертаються до гінеколога з приводу хронічного тазового болю, частота варикозної хвороби малого таза досягає 30–40% [8, 15]. Венозна недостатність викликає у 10–12% пацієнток тимчасову втрату працездатності, у той же час правильний діагноз при цьому ставиться лише у 2%. Разом з тим не слід забувати про віковий ризик появи ВРВМТ – до захворювання схильні пацієнтки, починаючи з віку 20–25 років, але найбільша кількість випадків припадає на період від 25 до 45 років [8].

Ще у 1949 р. М Taylor припустив взаємозв'язок між порушенням маткової гемодинаміки і виникненням у жінок хронічного тазового болю, однак і на сьогодні поширеність синдрому тазового венозного повнокров'я (pelvic congestion syndrome) остаточно не з'ясована.

До факторів ризику, що провокують розвиток ВРВМТ, відносять умови праці (робота, пов'язана з тривалим вимушеним стоячим або сидячим положенням, важка фізична праця), coitus interruptus, сексуальну дисфункцію, численні вагітності і пологи, гінекологічні захворювання (запальні захворювання, ендометріоз, пухлини яєчників, пролапс геніталій, перегин широкої зв'язки матки внаслідок ретрофлексії матки), гіперестрогенію. В останні роки обговорюється несприятливий вплив замісної гормональної терапії та контрацепції.

У силу відсутності необхідних знань у широкої верстви лікарів повноцінної діагностики та призначення адекватного лікування у більшості випадків не має.

Утруднює верифікацію діагнозу і різноманітність клінічних проявів синдрому тазового венозного повнокров'я, які можуть маскуватися під різні форми запалення органів черевної порожнини, малого таза, заочеревинного простору, захворювання суглобів тощо.

Найбільш часто захворювання проявляється пельвалгією (відчуття тяжкості і болю в малому тазі, що виникає при тривалих статичних навантаженнях, фізичній роботі, під час статевого акту), передменструальним синдромом, диспареунією, болем і підвищеною чутливістю в ділянці промежини і вульви. У ряді випадків можуть приєднуватися дизуричні явища (внаслідок повнокров'я венозного сплетення сечового міхура).

Найбільш часто пацієнтки характеризують біль як тупий, ниючий, тягучий, пекучий. Близько 80% жінок відмічають як найчастішу іррадіацію болю в нижні кінцівки, більшість пацієнток відчують постійну важкість низом живота. Однією з особливостей болю при ВРВМТ, як і частою причиною діагностичних помилок, у 70–80% жінок є посилення симптомів у другій половині менструального циклу. Характерним є посилення болю після статичних навантажень (тривалого сидіння, стояння), під час і відразу після статевого акту, що може тривати протягом доби. Диспареунія може призводити до розвитку вагінізму, боязні статевих зносин, що серйозно погіршує психосоматичний стан хворих і часто слугує причиною сімейних конфліктів [3, 4, 7]. Є повідомлення, що больовий синдром часто посилюється при терапії гестагенами. Більшість пацієнток відмічають зменшення болю після відпочинку в горизонтальному положенні з піднятими ногами. Ряд авторів вказують на наявність у пацієнток больових кризів – періодичних загострень, які спровоковані екзогенними (переохолодження, перевтома, стрес) або ендогенними (загострення захворювань внутрішніх органів) причинами [11, 12, 16]. У багатьох хворих можна виявити наявність психоемоційних порушень, які проявляються безсонням, дратівливістю, порушенням працездатності, підвищеною тривожністю, а в більш важких випадках – явною або замаскованою депресією [13, 15, 20]. Подібність скарг зумовлює поширеність діагностичних помилок саме на етапі оцінки клінічних даних захворювання [8, 10, 12, 18]. Інша сторона проблеми – клінічний поліморфізм і неспецифічність клінічних проявів ВРВМТ зумовлюють помилкове призначення протизапальних, гормональних засобів та необгрунтоване проведення оперативного лікування [6, 12].

Водночас є підстава стверджувати, що кількість випадків виявленого варикозного розширення вен малого таза (ВРВМТ) в останні роки зростає, що обумовлено поширенням інформативних методів діагностики – ультразвукового дослідження з доплерографією та діагностичної лапароскопії.

При вагінальному дослідженні у більшості випадків виявляється болочість при пальпації внутрішніх стінок малого таза, ціанотичність шийки матки і стінок піхви, тяжистість і вузликів вен по ребрах матки.

«Золотим стандартом» у діагностиці ВРВМТ на сьогодні вважається ультразвукове дослідження венозної системи малого таза. Ультрасонографія органів малого таза дозволяє неінвазивно виявляти порушення венозної гемодинаміки органів малого таза ще на етапі доклінічних форм захворювання та оцінювати результати лікування в динаміці [9, 10]. При УЗД варикозно розширені вени визначаються як анехогенні «червоподібні» структури по ребрах матки. Варикозне розширення магістральних (внутрішніх клубових) вен обумовлює появу на ехограмах анехогенних утворень з нечіткими контурами по внутрішніх стінках таза. Непрямою ознакою вираженого флєбостазу є поява в товщі міометрія задньої стінки матки розширених внутріорганих (дугоподібних) вен у вигляді лінійних анехо-

генних включень [10]. Основним критерієм вираженого флеботазу в органах малого таза є збільшення діаметра основних венозних колекторів малого таза: маткових, яєчникових, внутрішніх клубових вен [7, 11]. У нормі при проведенні доплерографії в спектральному режимі в маткових венах реєструється двофазний кровотік, синхронізований з диханням. Середня пікова систолічна швидкість венозного кровотоку в маткових венах становить $6,2 \pm 2,1$ см/с [5, 9, 10] і зі збільшенням віку залишається приблизно на одному рівні. Збільшення обсягу циркулюючої крові у венозному басейні органів малого таза при варикозному розширенні вен супроводжується значним зниженням швидкості кровотоку [5, 9, 10], а діагностичним критерієм слугує зниження пікової систолічної швидкості венозного кровотоку в маткових венах [5]. Діагноз ВРВМТ вважають підтвердженим при розширенні оваріальних вен більше 5 мм з наявністю патологічного рефлюксу крові, варикозному розширенні вен гроноподібного та маткового варикозних сплетінг та ретроградного кровотоку в них.

При лапароскопії, 40% яких виконуються з приводу хронічного тазового болю, варикозно змінені вени малого таза виявляються в області яєчників, по ходу круглої і широкої зв'язки матки у вигляді обширних синюшних конгломератів з витонченою і напруженою стінкою. Розширена ліва яєчникова вена візуалізується в проекції лівого клубово-крижового зчленування [1, 2, 12].

За клінічним перебігом розрізняють наступні стадії ВРВМТ: доклінічна, при якій є ультразвукові ознаки ВРВМТ, однак відсутні клінічні прояви захворювання; розгорнута стадія, коли приєднуються клінічні прояви захворювання; стадія ремісії, для якої характерні зменшення ступеня ВРВМТ і відсутність клінічних симптомів захворювання [14].

Етіологічним лікуванням ВРВМТ є усунення рефлюксу по яєчникових венах, що може проводитися як хірургічним, так і консервативним методом. Хірургічні методи лікування даної патології в гінекології виправдані лише при варикозному розширенні оваріальних вен (оваріоварікоцеле) [6, 12, 15]. Альтернативний метод – емболізація яєчникових вен (рентгендоваскулярна оклюзія) є менш травматичним, проте істотним недоліком цього методу є значна частота рецидивування патологічного процесу [4, 6, 12, 15].

Консервативне лікування ВРВМТ позбавлене багатьох недоліків хірургічних методів. Виходячи з патогенезу захворювання, терапія має бути комплексною і бути спрямована, з одного боку, на максимально можливе усунення факторів ризику (нормалізація маси тіла, оптимізація режиму праці та відпочинку, зміна методу контрацепції тощо), з другого – на нормалізацію флебогемодинаміки, усунення порушень мікроциркуляції і лімфовідтоку, купування запальної реакції, зміцнення сполучнотканинної стромки судини тощо.

Основними завданнями патогенетичного лікування при ВРВМТ є відновлення венозного тону, покращення гемодинаміки і трофічних процесів в органах малого таза. Симптоматична терапія ВРВМТ спрямована на усунення окремих клінічних проявів захворювання: при больовому синдромі проводиться призначення нестероїдних протизапальних препаратів, при маткових кровотечах – гемостатична терапія тощо.

Препаратами першої лінії в лікуванні ВРВМТ справедливо вважаються флеботонічні препарати. Результати багатьох досліджень переконливо свідчать, що застосування курсової флеботропної терапії у хворих з локальним варикозним ураженням вен матки і параметрії забезпечує стійке зменшення больового синдрому, диспареунії, нормалізацію менструального циклу.

Використовуються високоефективні полівалентні флеботоніки – діосмін, троксерутин, рутозид тощо [1, 2, 4, 11, 14, 18]. Основним принципом лікування ВРВМТ є застосування періодичних курсових прийомів флеботонічних препаратів, особливо під час проявів больового синдрому.

Варикозна хвороба вен малого таза – це хронічне захворювання, яке істотно знижує якість життя хворих, однак, на жаль, повністю вилікувати його неможливо. Тому основними критеріями ефективності лікування ВРВМТ вважаються зменшення клінічних проявів ВРВМТ; тривала ремісія захворювання; зменшення ступеня ВРВМТ і покращення венозного кровотоку за даними додаткових методів дослідження, що в цілому виражається покращенням якості життя пацієнток.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності застосування троксерутину (Флеботон) у лікуванні синдрому хронічного тазового болю на ґрунті ВРВМТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 72 пацієнтки, які звернулися на консультацію з приводу хронічного больового синдрому. Критеріями включення хворих у клінічне дослідження були тривалість симптомів тазового болю понад 6 міс; вік від 19 до 48 років; відсутність гострих запальних захворювань органів малого таза, ургентної гінекологічної патології; відсутність нейродегенеративних і психічних захворювань, генітального герпесу і Herpes Zoster.

На першому етапі дослідження проводили аналіз медичної документації, вивчення анамнезу, соціального статусу, клінічних показників, рутинне гінекологічне обстеження. На другому етапі проводили УЗД і доплерометрію органів малого таза; гістероскопію, лапароскопію виконували за стандартною методикою, при необхідності – інші методи обстеження (МРТ, колоноскопія).

Оцінка больового синдрому та больового анамнезу пацієнток базувалась на визначенні характеру болю та його тривалості, аналізу причин маніфестації, особливостях психоемоційного статусу, ефективності попередніх курсів лікування. Інтенсивність больового синдрому визначалася за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Статистична обробка матеріалу проводилася з використанням пакета прикладних програм Microsoft Excel і Statistica 6.0 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході клінічного дослідження хворі були розподілені на 2 групи залежно від тривалості хронічного тазового больового синдрому та попереднього лікування: у I групу увійшли 34 пацієнтки, які зазначені проблеми мали впродовж 2–3 років і неодноразово отримували курси терапії, у II групу увійшли 38 жінок, які з приводу підозри на СХТБ були скеровані на консультацію в клінічну установу для остаточної верифікації діагнозу та призначення терапії в перші півроку появи скарг.

Вік хворих вірогідно не різнився між обома групами і склав відповідно 31 (27–41) рік та 30 (25–39) відповідно. Найбільш поширеною екстрагенітальною патологією були ХОЗЛ (14,7% і 13,2%), гіпертонічна хвороба I–II а ст. (8,8% і 10,5%), хронічний пієлонефрит (5,9% і 5,2%).

Вік менархе, особливості менструального циклу між пацієнтками обох груп не різнилися. В репродуктивному анамнезі пацієнток обох груп мало місце первинне і вторинне безпліддя (17,7% і 18,4%), ЗЗОМТ (8,8% і 10,5%), оперативні втручання на органах малого таза (5,9% і 5,2%). Частота вагітностей з моменту початку статевого життя (з урахуванням самовільних викиднів, штучних абортів, пологів) з розрахунку на одну пацієнтку склала 5,4 і 5,7 у першій і другій групах відповідно.

Хронічний тазовий біль був причиною прийому пацієнтками нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та анальгетиків, при цьому пацієнткам I групи НПЗП призначались лікарями як основний терапевтичний засіб з метою купування больового синдрому у 62,5% спостережень систематично.

Усі пацієнтки характеризували біль як тупий, ниючий, тягучий, без конкретної локалізації, з відчуттям важкості низом живота. 70,8% пацієнток обох груп відмічали іррадіацію болю в нижні кінцівки, промежину, а 63,9% – посилення симптомів у другу половину МЦ. Звертало на себе увагу, що 55,9% хворих I групи відмічали погіршення стану і посилення болювого синдрому при терапії гестагенами, які призначались відповідно до встановленого діагнозу «генітальний ендометріоз» у другу половину МЦ. У 31,9% жінок обох клінічних груп робота була пов'язана з переважним сидячим або вертикальним положенням. Посилення болю і тривалість майже протягом доби після статевого акту відмічали 31,9% пацієнток обох груп.

Аналіз чинників, які провокували приступи болю, засвідчив, що 38,9% жінок затруднялись з визначенням причинно-наслідкових зв'язків, 31,9% пов'язували посилення болю зі статевим актом, переохолодженням, 20,8% – з фізичним навантаженням, 8,4% – з перенесеними інфекційними захворюваннями. Маніфестацію болювого синдрому, пов'язану зі стресом, психоемоційними переживаннями відмічали більше половини обстежених жінок обох груп (58,3%).

Особливістю характеристик пацієнток I клінічної групи було формування так званої болювої поведінки: 73,5% пацієнток обмежували повсякденне фізичне навантаження із-за боязні появи болю, кожна третя пацієнтка старалася уникати статевих контактів, а 26,5% жінок вважали себе повністю непрацездатними на піку інтенсивності болю.

Найбільш виражені психоемоційні прояви СХТБ спостерігались у пацієнток I групи з більш тривалою історією захворювання. Так, симптом тривожності відмічений у 35,3% і 5,2% жінок I і II груп відповідно ($p < 0,05$), емоційна лабільність, астенизація – у 55,9% і 18,4% жінок I і II груп відповідно ($p < 0,001$). Порушення уваги, ослаблення пам'яті, розлади сну спостерігались майже у половині пацієнток I групи (52,9%) при 21,1% у пацієнток II групи ($p < 0,001$).

Болювий синдром середнього ступеня тяжкості за шкалою ВАШ переважав у пацієнток II клінічної групи – у 76,3%, тоді як тяжкий болювий синдром був у 44,1% хворих I групи.

Оцінка пацієнтками свого стану у сформованих клінічних групах дещо різнилась. Так, вперше звернулись зі скаргами на болювий синдром в перші місяці появи нециклічного тазового болю тільки 17,7% пацієнток I групи, 35,3% жінок протягом тривалого часу займались самолікуванням (приймали НПЗП, БАД), а у 47% жінок СХТБ був запідозрений через 1–1,5 року від появи скарг, тоді як пацієнтки II групи почали звертатись до лікарів вже через 3–4 міс від появи перших скарг.

Неповнота обстежень з недотриманням основних вимог для верифікації діагнозу або недооцінка даних обстежень мали місце у всіх випадках I клінічної групи. Тільки у 35,3% випадків в I клінічній групі була проведена діагностична лапароскопія, при цьому діагноз генітального ендометріозу встановлений лише у половині випадків, в той час як лікування з приводу генітального ендометріозу було призначено 82,4% пацієнток даної групи. Симптоми тазового болю часто розглядалися як прояв запальних захворювань органів малого таза (за відсутності інших патогномічних ознак запального процесу), що зумовило необґрунтоване призначення, у деяких випадках неодноразово, протизапальної терапії. Слід відмітити, що в останній час рівень обізнаності як лікарів, так і пацієнтів з проблеми ХТБ впливає на своєчасність початку обстежень, про що свідчать дані II клінічної групи.

Усім пацієнткам обох груп було проведено УЗД з доплерометрією судин органів малого таза в динаміці МЦ, гістеролапароскопія для уточнення діагнозу була виконана у 64,7% пацієнток I групи і 65,8% – II клінічної групи. Фіброколоноскопія була виконана у 26,5% жінок I групи і у 23,7% – II групи, рентгенографія хребта і МРТ проведені 11,7% пацієнток I групи і 13,2% – II клінічної групи. За показання-

ми пацієнтки були консультовані суміжними спеціалістами (проктологом, урологом, нейрохірургом, невропатологом, гастроентерологом тощо).

Проведені обстеження дозволили верифікувати причину тазового болювого синдрому у 97,2%, при цьому у 33,3% пацієнток обох клінічних груп діагностовано варикозне розширення вен малого таза різного ступеня вираженості, з них у 11 (32,4%) пацієнток I групи і 13 (34,2%) – II групи.

Серед причин СХТБ в обох групах слід відмітити достатньо високу частоту патології, яка не була пов'язана з гінекологічними проблемами, – мезаденіт (4,1%), хронічний апендицит (2,7%), доліхосигма (2,7%), патологія опорно-рухового апарату (18,1%), хронічний неспецифічний виразковий коліт (4,1%), дивертикуліт (5,6%), заочеревинні новоутворення (1,4%), а серед гінекологічних проблем найбільш значимими були виражений спайковий процес органів малого таза (16,7%) та генітальний ендометріоз (29,2%).

Серед флеботропних препаратів заслугоює на увагу Флебтон, основною діючою речовиною якого є троксерутин («Софарма», Болгарія). Троксерутин є похідним рутину, володіє Р-вітамінною активністю, виявляє венотонізуючу, ангіопротекторну, протинабрякову, антиоксидантну та протизапальну дію. Троксерутин бере участь в окисно-відновних процесах, блокує фермент гіалуронідазу, на молекулярному рівні збільшуючи міцність сполучнотканинної стромы венозної стінки і перешкоджаючи її подальшій варикозній трансформації, стабілізує гіалуронову кислоту клітинних мембран і зменшує проникність і ламкість капілярів, підвищує їх тонус. За рахунок збільшення щільності судинної стінки троксерутин (Флебтон) зменшує ексудацію рідкої частини і діapedез клітин крові в тканини, знижує запалення в судинній стінці, обмежує стаз та адгезію тромбоцитів, перешкоджає полімеризації і агрегації білків і ліпідів у клітинній мембрані.

Усім пацієнткам з діагнозом варикозного розширення вен малого таза призначали Флебтон-капсули з прийомом препарату під час їди із запиванням склянкою води по 2 капсули на добу (добова доза 600 мг) впродовж 4 тиж. Залежно від клінічного перебігу визначали необхідність підтримуючої терапії у дозі 300 мг на добу протягом 4 тиж. Паралельно пацієнткам рекомендували застосування Флебтон-гелю місцево з нанесенням на шкіру внутрішніх поверхонь стегон вранці і увечері легкими масажними рухами.

При пероральному застосуванні максимальні концентрації діючої речовини у плазмі крові спостерігаються в інтервалі 2–8 год після прийому. Зниження концентрації діючої речовини відбувається біоекспоненціально: спочатку плазмова концентрація прогресивно знижується протягом 40 год, після чого настає період повільного зниження концентрації. Протягом 24 год до 70% діючої речовини виводиться з жовчю.

Лікарська форма Флебтону у вигляді гелю забезпечує повну абсорбцію активної речовини через роговий шар епідермісу і його проникнення в кровоносні судини в підшкірній тканині, а оскільки рН гелю відповідає рН шкіри, у препараті відсутні подразнююча та сенсibilізуюча дії.

Профілактика рецидивів СХТБ в комплексі передбачала нормалізацію умов праці та відпочинку з виключенням значних фізичних навантажень і тривалого перебування у вертикальному положенні. Рекомендувалася корекція раціону за рахунок включення більшої кількості овочів, фруктів та олій, відмова від гострої їжі, алкоголю та куріння. Пацієнткам рекомендували виконання комплексу розвантажувальних вправ, які виконуються лежачи, дихальну гімнастику. Основним профілактичним засобом було обрано профілактичне застосування Флебтону курсами кожних 4 міс.

Оцінка ефективності терапевтичних заходів показала, що очікуване покращання процесу детерміновано попередньою тривалістю захворювання. Так, якщо позитивний ефект у виг-

ляді зникнення клінічних проявів та вираженості судинних змін за даними УЗД був досягнутий в кінці другого тижня лікування у 9 (69,2%) пацієнок II групи, то за аналогічний період позитивний результат зафіксовано лише у 4 (36,4%) хворих I групи. Повний клінічний ефект і відсутність рецидиву клінічних проявів (з дотриманням пацієнтками рекомендацій щодо профілактики рецидивів) протягом 6місячного періоду спостереження мав місце у 10 (76,9%) пацієнок II групи, 3 (23,1%) пацієнткам була рекомендована підтримуюча терапія із застосуванням препарату Флеботон у дозі 300 мг (1 капсула) на добу протягом 4 тиж, що зменшило прояви больового синдрому, однак не запобігло рецидиву через 6 міс. Необхідно зазначити, що одним з позитивних ефектів застосування Флеботону була відсутність необхідності вживати НПЗП та анальгетики у 84,6% пацієнок II групи і у 72,7% – I клінічної групи.

Повне зникнення больового синдрому та сонографічне покращення стану судин органів малого таза через 4 тиж основної терапії зафіксовано у 6 (54,5%) пацієнок I групи, підтримуюча терапія посилила клінічний ефект загалом у 63,6% пацієнок I

групи, однак періодичні, хоча і менш інтенсивні напади болю пацієнтки відмічали впродовж всього періоду спостереження.

ВИСНОВКИ

Значна поширеність, необхідність використання значних медичних ресурсів відносять СХТБ у розряд серйозних проблем жіночого здоров'я.

Активне впровадження сучасного підходу до тактики ведення пацієнок з синдромом хронічного тазового болю дозволяє поліпшити якість надання медичної допомоги та знизити витрати на лікування.

Варикозне розширення вен малого таза є причиною СХТБ практично у третини пацієнок.

Своєчасна діагностика ВРВМТ та призначення етіопатогенетичної терапії дозволяють отримати позитивний ефект вже після першого місячного курсу основної терапії з використанням Флеботону у 76,9% пацієнок з тривалістю захворювання до року, а УЗ-дослідження дозволяє неінвазивно контролювати ефективність та адекватність проводимої терапії.

Варикозная болезнь вен малого таза и синдром хронической тазовой боли – диагностические и терапевтические аспекты В.И. Пирогова, С.А. Шурпяк, М.И. Малачинская

В статье приведены данные о распространенности варикозной болезни вен малого таза как причины возникновения синдрома хронической тазовой боли (СХТБ), дифференциально-диагностические аспекты этой распространенной патологии. Представлены данные обследования и лечения пациенток с СХТБ на почве венозного тазового полнокровия.

Ключевые слова: варикозная болезнь вен малого таза, синдром хронической тазовой боли, флеботоники, троксерутин.

Varicose veins of the pelvis and chronic pelvic pain syndrome – diagnostic and therapeutic aspects V. Pyrohova, S. Shurpyak, M. Malachynska

The article presents data on the prevalence of varicose veins of pelvic as the cause of chronic pelvic pain syndrome (CPPS) – differential diagnostic aspects of this common pathology. The data evaluation and treatment of patients with CPPS on the basis of venous congestion in the pelvic.

Key words: varicose pelvic veins, chronic pelvic pain syndrome, flebotonic's drugs, troxerutin.

Сведения об авторах

Пирогова Вера Ивановна – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69. E-mail: pyroh@mail.lviv.ua

Шурпяк Сергей Александрович – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Малачинская Мария Иосифовна – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза у женщин / Н.В. Артымук // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 6. – С 74–79.
2. Варикозное расширение вен малого таза у женщин как одно из проявлений дисплазии соединительной ткани / И.Ю. Ильина, Ю.Э. Доброхотова, И.П. Титченко, А.А. Грудкин // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 39–42.
3. Венцківський Б.М. Больовой синдром у гінекології: від етіології до лікування / Б.М. Венцківський // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 3 (12). – С. 29–31.
4. Дубоссарская Ю.А. Синдром хронической тазовой боли на уровне междисциплинарного общения / Ю.А. Дубоссарская, З.М. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 3 (67). – С. 13–16.
5. Зыкин Б.И., Медведев М.В. Допплерография в гинекологии. – М: РАВУЗДПГ Реальное время 2000. – 93 с.
6. Исламова А.О. Хроническая тазовая боль у женщин с тазовым варикозом в практике врача-гинеколога / А.О. Исламова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 6/7 (58). – С. 47–49.
7. Лахно И.В. Хроническая тазовая боль в практике гинеколога (обзор) / И.В. Лахно // Медицина неотложных состояний. – 2006. – № 1 (2). – С. 10–13.
8. Мозес В.Г., Ушакова Г.А. Варикозное расширение вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни. – М.: ЭликсКом, – 2006. – 108 с.
9. Озерская И.А. Ультразвуковая диагностика расширения вен малого таза у женщин репродуктивного возраста / И.А. Озерская // Ультразвуковая и

- функциональная диагностика. – 2005. – № 3. – С. 29–40.
10. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика. – 2005. – С. 224–230.
11. 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.
12. Савицкий П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / П.А. Савицкий. – СПб.: Элби, 2000.
13. Савранский В.М. Варикозная болезнь / В.М. Савранский, В.П. Морозов. – СПб., 2000. – 128 с.
14. Флебология: руководство для врачей / Под ред. В.С. Савельева. – М., 2001.
15. Чернуха Л.М. Проблема хронической венозной недостаточности – проблема хирургическая? / Л.М. Чернуха // Здоров'я України. – 2006. – 19 (152). – С 9.
16. Bjerklund Johansen T.E. Understanding chronic pelvic pain syndrome / Bjerklund Johansen T.E., Weidner W. // Curr Opin Urol. – 2002. – 12 (1). – P. 63–67.
17. Bodden-Heidrich R. Chronic pelvic pain syndrome-a multifactorial syndrome / Zentralbl Gynakol. – 2001. – 123 (1). – P. 10–17.
18. Chronic pelvic pain. ACOG Practice Bulletin Number 51. American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol 103. – P. 589–605.
19. Hovard F.M. Chronic pelvic pain. Clinical gynecologic series: an experts view / F.M. Hovard // Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol 101. – P. 594–611.
20. The evil twins of chronic pelvic pain syndrome: endometriosis and interstitial cystitis / Chung M.K. et al. // JSLS. – 2002. – 6 (4). – P. 311–314.

Статья поступила в редакцию 13.05.2014