

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕТРАЛЕКСА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

В.Г. Мозес

Кафедра акушерства и гинекологии 1 ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово

## Введение

Женщина с хронической болью в нижней части живота – частый, сложный и, как правило, конфликтный пациент, с которым сталкиваются врачи многих специальностей. Причины хронических тазовых болей у женщин многочисленны, и одно из ведущих мест среди них занимает варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ). Заболевание встречается у женщин всех возрастов и отличается прогрессирующим течением. Следует особо отметить, что ВРВМТ является междисциплинарной проблемой, так как больные часто ходят по кругу от гинеколога к хирургу, гастроэнтерологу, невропатологу и вновь к гинекологу. Таким образом, с проблемой лечения ВРВМТ могут столкнуться врачи многих специальностей.

В лечении ВРВМТ существуют два основных направления. Первое из них представлено хирургическими методами, среди которых можно выделить лигирование вен малого таза, их эндоваскулярную эмболизацию и склерозирование. Следует отметить, что хирургические методы эффективны лишь при варикозном расширении яичниковых вен и обладают рядом недостатков – в первую очередь, инвазивностью и частым рецидивированием [1, 2, 4, 5].

Вторым направлением являются консервативные методы, в которых широко используются ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции. Среди флебопротекторных средств этой группы наиболее эффективны препараты на основе диосмина, к которым относится Детралекс. Преимуществами Детралекса являются хорошая биодоступность, которая обеспечивается микронизированной формулой препарата [6, 7], отсутствие противопоказаний и возможность использования во всех биологических периодах жизни женщины – подростковом, репродуктивном, при беременности (со второго триместра), в пре- и постменопаузе.

Целью представленного исследования было изучение эффективности Детралекса в лечении ВРВМТ у женщин в основные биологические периоды жизни.

## Материал и методы

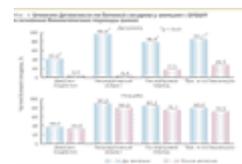


Рис. 1. Влияние Детралекса на болевой синдром у женщин с ВРВМТ в основные биологические периоды жизни



Рис. 2. Ультразвуковое изображение сочетанного варикозного расширения маточных и магистральных вен

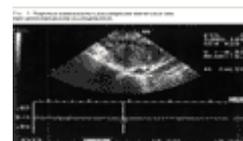


Рис. 3. Картина варикозного расширения маточных вен при доплеровском исследовании

A table with multiple columns and rows, likely containing data on the effectiveness of Detralex. The columns represent different biological periods and the rows represent different parameters of the venous system. The table is partially obscured and difficult to read.

Таблица 1. Эффективность Детралекса по данным трансвагинального УЗИ венозной системы

В исследование включили 301 больную с ВРВМТ. Пациентки были разделены на 4 основные группы и 4 группы сравнения. В основные группы входили 50 девушек–подростков, 30 женщин репродуктивного возраста, 57 – в послеродовом периоде и 35 – в пре– и постменопаузе. Группы сравнения включали соответственно 50 девушек–подростков, 20 женщин репродуктивного возраста, 34 – в послеродовом периоде и 25 – в пре– и постменопаузе. У всех женщин, включенных в исследование в послеродовом периоде, родоразрешение было проведено путем кесарева сечения по акушерским показаниям.

Больные из основных групп получали Детралекс в дозе 1000 мг/сут (по 1 таблетке 2 раза в день) в течение 2 месяцев. Пациентки из групп сравнения получали плацебо.

Эффективность Детралекса изучали клинически и инструментальными методами. У всех женщин исследовали венозную систему малого таза. При помощи ультразвукового исследования (УЗИ) определяли диаметр основных венозных коллекторов малого таза: маточных, внутренних подвздошных, яичниковых и аркуатных вен. Подросткам, женщинам репродуктивного возраста и женщинам в пре– и постменопаузе проводили доплерографию с изучением пиковой систолической скорости кровотока ( $V_{ps}$ ) в маточных венах. У больных репродуктивного возраста оценивали микроциркуляцию в органах малого таза при помощи радиоизотопного клиренса.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6.0. Нормальность распределения выборочных средних проверяли при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. В случае нормального распределения средних гипотезу об их равенстве проверяли при помощи  $t$ -критерия. В других случаях применяли критерий Манна–Уитни.

## Результаты исследования

Ведущим клиническим симптомом ВРВМТ у женщин является болевой синдром в нижней части живота, имеющий различную иррадиацию и интенсивность. И если для девушек характерно бессимптомное течение ВРВМТ, то с возрастом частота болей нарастает, и пик болевого синдрома приходится на репродуктивный период. Детралекс купировал болевой синдром у женщин во всех биологических периодах жизни, причем наиболее эффективно – в репродуктивном возрасте. У больных, получавших плацебо, частота болевого синдрома достоверно не изменялась (рис. 1).

Известно, что ВРВМТ у женщин характеризуется увеличением диаметра основных венозных коллекторов малого таза,

малого таза  
(PDF-документ, 107 КБ)

Группы	Венозная доплерография			
	Средняя скорость кровотока (Vps)	Средняя скорость кровотока (Vms)	Средняя скорость кровотока (Ved)	Средняя скорость кровотока (Ved)
Основная группа	12.45*	14.15	10.10*	10.10*
Группы сравнения	12.10*	13.15	10.10*	10.10*

Таблица 2.  
Эффективность Детралекса по данным доплерографии венозного кровотока в маточных венах  
(PDF-документ, 289 КБ)

Группы	Микроциркуляция			
	Средняя скорость кровотока (Vps)	Средняя скорость кровотока (Vms)	Средняя скорость кровотока (Ved)	Средняя скорость кровотока (Ved)
Основная группа	12.45*	14.15	10.10*	10.10*
Группы сравнения	12.10*	13.15	10.10*	10.10*

Таблица 3. Влияние Детралекса на показатели микроциркуляции в малом тазу у женщин репродуктивного возраста с ВРВМТ  
(PDF-документ, 289 КБ)

поэтому изучение действия Детралекса на тонус вен малого таза представляет особый интерес (рис. 2).

Результаты УЗИ до и после лечения Детралексом показывают, что курсовой прием препарата приводит к значимому уменьшению диаметра маточных, внутренних подвздошных, яичниковых и аркуатных вен во всех основных группах больных (табл. 1).

Дилатация венозной стенки при ВРВМТ приводит к хроническому венозному застою в органах малого таза, что проявляется существенным снижением Vps в маточных венах, выявляемой при доплеровском исследовании (рис. 3).

Детралекс улучшал дренажную функцию венозной системы малого таза, что проявлялось увеличением Vps в маточных венах у больных трех основных групп (табл. 2), определяемой при помощи доплерографии. Уменьшение диаметра вен малого таза и устранение хронического венозного застоя – результат мультифакторного действия Детралекса. Это и венотонический эффект, и нормализация дренажной функции венозной системы малого таза, и улучшение микроциркуляции. На фоне приема Детралекса значительно улучшаются показатели микроциркуляции, определяемые у женщин репродуктивного возраста при помощи радиоизотопного клиренса (табл. 3): сокращается время установления равновесия радиоактивности над общими подвздошными венами, увеличивается угол подъема радиоактивности над подвздошными венами, сокращается время установления общего равновесия.

## **Заключение**

ВРВМТ – это хроническое рецидивирующее заболевание, которое полностью вылечить на современном этапе развития медицины невозможно. Основными задачами лечения являются торможение прогрессирования ВРВМТ, профилактика его рецидивов и улучшение качества жизни больных. Детралекс, лечебный эффект которого направлен на основные звенья патогенеза ВРВМТ – расширение вен, снижение скорости венозного кровотока и микроциркуляции в органах малого таза, позволяет успешно решить эту задачу. Несомненное достоинство Детралекса – его эффективность во всех биологических периодах жизни женщины, что позволяет проводить профилактику ВРВМТ в пубертатном возрасте, во время беременности и родов, а также в менопаузе. При этом важно подчеркнуть, что лечение ВРВМТ у женщин не следует ограничивать только приемом Детралекса, так как оно должно быть комплексным.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Галкин Е.В., Гранова Л.С., Наумова Е.Б. Рентгеноэндovasкулярная хирургия гипофункции яичников при варикозном расширении овариальных вен // Вестник рентгенологии и радиологии. 1991. № 5. С. 51-59.
2. Карнаух В.И., Тугушев М.Т., Дубинин А.А. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М. 2000. С. 158-59.
3. РЛС доктор. М., 2001. 237 с.
4. Рымашевский Н.В., Казарян Э.В., Окороков А.А. и др. Роль венозной системы в генезе тазовых алгий // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1996. № 4. С. 24-27.
5. Таразов П.Г., Рыжков В.К., Прозоровский К.В. и др. Чрескатетерная эмболизация при хроническом болевом синдроме, вызванном варикозным расширением овариальных вен // Акушерство и гинекология. 1995. № 4. С. 48-50.
6. Juteau N, Barkri F, Pomies JP, et al. The human saphenous vein in pharmacology: effect of a new micronized flavonoidic fraction on norepinephrine induced contraction Int. Angiol 1995;14(suppl. 3):8-14.
7. Johnston AM, Paul HJ, Yang CG. Effects of micronization on digestive absorption of diosmin. Phlebology 1994;9(suppl. 1):4-6.