

ДИНАМИКА ОРГАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ В ОТВЕТ НА КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ВАРИКОЗА ВЕН МАЛОГО ТАЗА

[Е. Г. Левданский](#)

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России
(г. Омск)

Цель исследования: оценка динамики выраженности органных поражений малого таза при лечении вторичного варикоза вен малого таза. *Материал и методы.* Шкала IPSS, система Э. Делигеороглу и Д. И. Арвантиносу. *Результаты.* До лечения тазовая боль выявлена в 33,3 %, нарушение мочеиспускания — в 100 %, геморрой — в 62,5 %, диспареуния — в 42,9 %. После лечения тазовая боль — в 4,5 %, нарушение мочеиспускания — в 37,5 %, диспареуния — в 14,3 %. *Выводы.* Вторичный варикоз вен малого таза способен вызывать поражение органов малого таза, 3-месячный курс лечения ведёт к уменьшению клинических проявлений тазовых поражений.

Ключевые слова: вторичный варикоз вен малого таза, тазовая боль, нарушение мочеиспускания, консервативное лечение вен, дуплексное сканирование вен малого таза.

Левданский Евгений Геннадьевич — аспирант очной формы обучения кафедры хирургических болезней и урологии ПДО ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия», e-mail: e.g.levdanskiy@rambler.ru

Введение. Нарушение венозного кровотока и застойные явления в венозных сплетениях малого таза могут вызывать расстройства тазовых органов [1–3]. В литературе описаны возникающие при первичном варикозе тазовых вен изменения со стороны органов мочеполовой системы, в гинекологической и проктологической сферах [1, 4, 5].

Формирование варикоза тазовых вен может быть обусловлено не только первичной слабостью венозной стенки — первичный варикоз [6], но и как реакция тазовых вен на венозную гипертензию, возникшую вследствие тромбоза подвздошных вен — вторичный варикоз вен малого таза (ВВМТ). При этом развитие вторичного ВВМТ возможно как у женщин, так и у мужчин [2, 3, 7–11].

Описаны особенности вторичного ВВМТ, отличающего его от первичного. Так, при вторичном ВВМТ изначально варикоз вен формируется ипсилатерально по отношению к стороне перенесенного тромбоза. При этом варикозная трансформация

и гемодинамические нарушения в семенниковых венах у мужчин и в яичниковых венах у женщин не зарегистрированы [12].

Так же, как и при первичном, результатом вторичного ВВМТ является тазовое венозное полнокровие. Можно предполагать, что закономерности возникновения поражений органов малого таза могут быть аналогичными. В связи с этим не только теоретический, но и практический интерес представляет выяснение степени влияния тазового венозного полнокровия на тазовые органные поражения. Несомненно, существуют различные пути для получения ответа на этот вопроса. Как вариант, в настоящей работе для решения данной задачи использовано сравнение выраженности органных поражений до и после курса консервативного лечения.

Цель исследования: оценка динамики выраженности органных поражений малого таза при консервативном лечении ВВМТ, возникшего после перенесенного тромбоза подвздошных вен у мужчин и женщин.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 24 пациента в возрасте от 24 до 72 лет. Из них 70,8 % (n = 17 чел.) было мужчин со средним возрастом 54,1 года (95 % ДИ: 24-72 года) и женщин — 29,2 % (n = 7 чел.) со средним возрастом 56,6 лет (95 % ДИ: 33-68 лет). У мужчин давность тромбоза составила в среднем 3,9 года (95 % ДИ: 1-8 лет), у женщин — 4,0 года (95 % ДИ: 2-7 лет). Статистически значимых различий по возрасту и стажу заболевания в данной исследовательской группе не было (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика исследуемой группы

Критерии	Мужчины (n = 17)	Женщины (n = 7)	p
Давность тромбоза	3,9 года (95 % ДИ: 1-8 лет)	4,0 года (95 % ДИ: 2-7 лет)	p > 0,05 (p = 0,8524)
Средний возраст пациентов	54,1 года (95 % ДИ: 24-72 года)	56,6 года (95 % ДИ: 33-68 лет)	p > 0,05 (p = 0,5761)

Преобладали пациенты с левосторонним тромботическим поражением — 70,8 % (n = 17 чел.). В 20,8 % (n = 5 чел.) наблюдался правосторонний подвздошный тромбоз. Двустороннее тромботическое поражение подвздошных вен отмечено в 8,3 % (n = 2 чел.). На момент обследования у всех пациентов, перенесших подвздошный тромбоз, состояние подвздошных вен по данным дуплексного сканирования вен нижних конечностей характеризовалось частичной либо полной реканализацией.

Критерии включения: пациенты, перенесшие не менее года назад острый подвздошный тромбоз, верифицированный ультразвуковым сканированием; наличие жалоб, указывающих на поражение органов малого таза; переносимость флеботоников и других лекарственных препаратов, применяемых в лечении, информационное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: ВВМТ, диагностированный до возникновения тромбоза подвздошных вен; заболевания сердца, легких, печени, почек в стадии декомпенсации; воспалительные заболевания нижних мочевыводящих путей; мочекаменная болезнь; клинически значимая аденома предстательной железы; онкологические заболевания, диагностированные до перенесенного подвздошного тромбоза; хирургические вмешательства на органах малого таза; беременность.

Диагностический комплекс состоял в детализации проявлений патологии венозной

системы малого таза и органных поражений, получении информации об урологическом, проктологическом и гинекологическом статусах, включая клиническое (жалобы, анамнез, осмотр, пальцевое исследование) и инструментальное обследования. Оценка динамики нарушений тазовых мочеполовых органов произведена анкетированием по шкале IPSS. Стадия геморроя определялась по классификации, предложенной Государственным научным центром колопроктологии МЗ РФ [13]. Тяжесть дисменореи оценивалась по системе Э. Делигеороглу и Д. И. Арвантиносу [14].

Верификация варикозного расширения (ВР) ВМТ проведена при дуплексном сканировании вен малого таза (ДСВМТ) с использованием внутриволостных (ректальный и вагинальный) трансдюсеров с частотой от 3,5 до 7,5 МГц в режимах: В-режим, цветовое и энергетическое кодирования, доплерспектральные измерения и В-поток (В-flow). Обследование выполнялось в положении пациентов лежа и полусидя при опорожненных кишечнике и мочевом пузыре с применением пробы Valsalva.

Критериями ВРВМТ считали расширение вен любого венозного сплетения малого таза более 5 мм и/или наличие рефлюкса кровотока при проведении пробы Valsalva при дуплексном ангиосканировании. Рефлюкс считался патологическим при его длительности более 0,5 с [15]. Нормальным диаметр венозных сплетений малого таза в соответствии с данными литературы считался менее 0,5 см [16].

Терапевтический комплекс, проведенный всем пациентам в течение 3-х месяцев, включал в себя модернизацию условий труда и отдыха (разгрузочные паузы в течение дня, исключение значительных физических статических и динамических нагрузок и длительного пребывания в положении стоя и сидя, восходящий контрастный душ на область промежности, соблюдение диеты (овощи, фрукты, растительное масло) с целью контроля дефекации, полный отказ от алкоголя и курения. Обязательной считалась ежедневная лечебная и дыхательная гимнастика, индивидуально разработанная врачом лечебной физкультуры (ежевечерние занятия, направленные на усиление тазового венозного оттока), флеботропный препарат из группы диосмина в стандартной дозировке в течение трёх месяцев), компрессионная терапия (постоянное ношение компрессионных колгот, класс 2), препарат из группы вазодилатирующих средств, комплекс витаминов с микроэлементами.

Результаты комплексного клинического исследования, проведенного перед началом проведения лечебного комплекса, сравнивались с таковыми, выполненными по завершении курса с использованием тех же методов оценки.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием методов непараметрической статистики, таблица 2 × 2, U-критерия Манна-Уитни и методов описательной статистики.

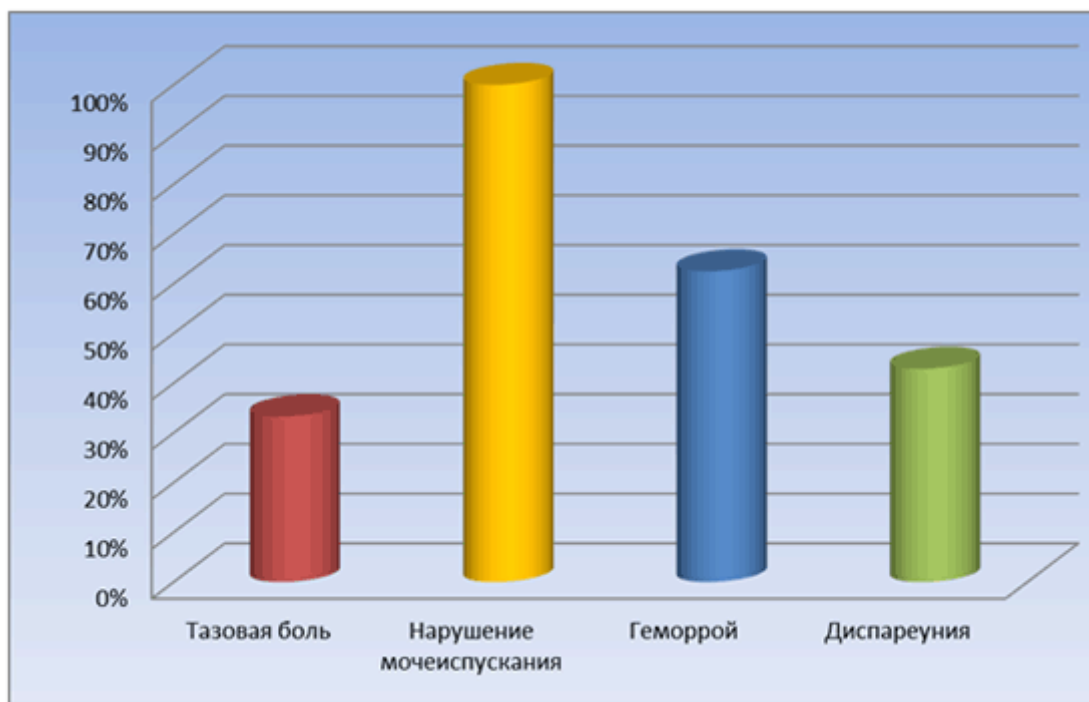
Результаты. Количество пациентов с тазовой болью до проведения лечебного комплекса составило 33,3 % (n = 8), из них мужчин — 35,3 % (n = 6), женщин — 28,6 % (n = 2).

До проведённой терапии нарушения мочеиспускания различной степени выраженности имелись у всех 100 % (n = 24) пациентов лечебной группы. При этом средний балл по шкале IPSS составил 9,6 (95 % ДИ: 1-21 балла), в том числе у мужчин — 10,6 балла (95 % ДИ: 1-21 балл), у женщин — 7,1 балла (95 % ДИ: 3-11 баллов). Отмечено, что слабо выраженная симптоматика (0-7 баллов) до лечения наблюдалась в 33,3 % (n = 8), в том числе у женщин — в 42,9 % (n = 3), у мужчин — в 29,4 % (n = 5). Частота умеренной симптоматики (8-19 баллов) до лечения составила 58,3 % (n = 14), в том числе у женщин — в 57,1 % (n = 4), у мужчин — в 58,8 % (n = 10). Выраженная симптоматика (20-35 баллов),

имевшая место до лечения в 8,3 % (n = 2), исключительно у мужчин — 11,8 % (n = 2).

При проктологическом обследовании исходно геморрой выявлен в 62,5 % (n = 15) пациентов: у мужчин — в 64,7 % (n = 11), у женщин — в 57,1 % (n = 4). Пациенты с 1-й стадией составили 20,0 % (n = 3), в том числе мужчины — 27,3 % (n = 3), женщин с 1-й стадией не было; 2-я стадия выявлена в 60,0 % (n = 9) наблюдений, мужчин было 45,5 % (n = 5), женщин — 100,0 % (n = 4). Пациенты с 3-й стадией составили 13,3 % (n = 2), но только мужчины (18,2 %; n = 2); 4-я стадия выявлена у 6,7 % (n = 1) также исключительно у мужчин — 9,1 % (n = 1).

Исходно количество женщин с диспареунией было 42,9 % (n = 3). Суммарные результаты начального обследования представлены на рисунке.



Частота жалоб до лечения у пациентов с вторичным ВВМТ, перенесших тромбоз подвздошных вен

При обследовании после проведённого лечебного комплекса у всех пациентов отмечена положительная динамика (табл. 2).

Количество пациентов с тазовой болью в результате лечения сократилось с 33,3 % (n = 8) до 4,5 % (n = 1).

По завершении лечения количество пациентов с нарушением мочеиспускания сократилось со 100 % (n = 24) до 37,5 % (n = 9), а степень выраженности нарушений мочеиспускания снизилась. Средний балл (по шкале IPSS) после лечения составил 3,8 (95 % ДИ: 0-19 баллов), в том числе у мужчин — 4,7 балла (95 % ДИ: 0-19 балл), у женщин — 1,6 балла (95 % ДИ: 0-6 баллов).

Выраженная симптоматика (20-35 баллов), имевшая место до лечения, после лечения не регистрировалась. Сократилась частота умеренной симптоматики (8-19 баллов) после проведённого лечения и составила 55,6 % (n = 5), причем отмечена исключительно у мужчин — 71,4 % (n = 5) случаев.

Как положительный факт отмечен, что слабо выраженная симптоматика (0-7 баллов) увеличилась до 44,4 % (n = 4). При этом 15 человек после проведённого лечения

не отмечали жалоб, в том числе женщины — в 100,0 % (n = 2), мужчины — в 28,6 % (n = 2).

После проведенного лечения зарегистрировано снижение стадии геморроя. Так, отсутствовали пациенты с 4-й стадией. Пациенты с 1-й стадией геморроя составили 66,7 % (n = 10), в том числе женщины — 75,0 % (n = 3), мужчины — 63,6 % (n = 7); 2-я стадия выявлена в 26,7 % (n = 4 чел.), у мужчин — в 27,3 % (n = 3) случаях, у женщин — в 25,0 % (n = 1). Частота пациентов с 3-й стадией геморроя уменьшилась до 6,7 % (n = 1), исключительно у мужчин — 9,1 % (n = 1).

Количество пациенток с диспареунией в результате лечения также сократилось и составило 14,3 % (n = 1).

Таблица 2

Частота тазовых нарушений у пациентов до и после 3-месячного курса лечения (n = 24)

Тазовые нарушения	До лечения			После лечения			χ^2	p
	Всего, % (n = 24 чел.)	Мужчины, % (n = 17 чел.)	Женщины, % (n = 7 чел.)	Всего, % (n = 24 чел.)	Мужчины, % (n = 17 чел.)	Женщины, % (n = 7 чел.)		
Тазовая боль	33,3 (n = 8 чел.)	35,3 (n = 6 чел.)	28,6 (n = 2 чел.)	4,5 (n = 1 чел.)	0,0 (n = 0 чел.)	14,3 (n = 1 чел.)	4,66	0,0310
Нарушение мочеиспускания	100,0 (n = 24 чел.)	100,0 (n = 17 чел.)	100,0 (n = 7 чел.)	37,5 (n = 9 чел.)	41,2 (n = 7 чел.)	28,6 (n = 2 чел.)	4,18	0,0408
Диспареуния	42,9 (n = 3 чел.)	0,0 (n = 0 чел.)	42,9 (n = 3 чел.)	14,3 (n = 1 чел.)	0,0 (n = 0 чел.)	14,3 (n = 1 чел.)	0,79	0,3749

Обсуждение. Настоящее исследование, прежде всего, показало значимость венозного тазового полнокровия при ВВМТ тазовых вен в развитии комплекса органных поражений. Выраженное смягчение клинической картины тазовых расстройств, наглядно демонстрирует, что присутствие клинических симптомов нарушения функций тазовых органов обусловлено именно наличием варикоза венозных сплетений малого таза, поскольку в течение всего исследовательского периода пациенты не получали лечения пораженных органов.

Результаты работы показали достаточную эффективность применённого лечебного комплекса в купировании органных поражений при ВВМТ. У всех пациентов уже при 3-месячном курсе удалось добиться снижения выраженности клинической симптоматики тазовой боли, нарушений мочеиспускания, геморроя, диспареунии.

Выраженный положительный эффект лечебного комплекса, установленный в результате проведенного исследования, объясняется тем, что каждый отдельный компонент сам по себе оказывает положительное влияние на основные этиопатогенетические факторы, способствующие развитию и прогрессированию варикозной болезни малого таза. С одной стороны, это снижение ортостатической нагрузки и введение разгрузочных пауз, включая применение методов лечебной гимнастики. С другой стороны, повышение тонуса венозной стенки улучшает как внеорганные, так и внутриорганные кровообращения в органах малого таза, в совокупности стимулируя отток венозной крови из малого таза, и способствует улучшению гемодинамических условий в малом тазу.

Можно отметить выраженность достигнутого лечебного эффекта, обусловленную, с нашей точки зрения, тем обстоятельством, что тазовые вены у данной категории пациентов не имели первичную предрасположенность к варикозу, а имеющееся расширение до этого сохранных вен было ответом на посттромботическую гипертензию.

Полученные данные предоставляют основу к лечебной помощи при органных расстройствах малого таза у этой без сомнения проблемной группы пациентов.

Выводы

1. Тазовое венозное полнокровие при вторичном ВВМТ способно вызывать поражение органов малого таза.
2. Проведение трёхмесячного курса лечебного комплекса ведёт к уменьшению клинических проявлений тазовых поражений, существенно уменьшает выраженность клинических проявлений вторичного варикоза вен таза у мужчин и женщин, развившегося после перенесенного тромбоза подвздошных вен.

Список литературы

1. Суковатых Б. С. Механизмы развития варикозной болезни вен малого таза / Б. С. Суковатых, Л. Н. Беликов, О. А. Родионов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2004. — № 3. — С. 73-79.
2. Дифференцированный подход к лечению варикозного расширения вен малого таза у женщин / А. И. Неймарк [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2007. — Т. 13, № 3. — С. 79-84.
3. Неймарк А. И. Эндоваскулярное лечение стойкой дизурии и хронических тазовых болей при варикозном расширении вен малого таза у женщин / А. И. Неймарк, И. В. Шелковникова // *Урология*. — 2012. — № 4. — С. 20-24.
4. Кириенко А. И. Варикозная болезнь малого таза. *Флебология : рук. для врачей* / А. И. Кириенко, В. Ю. Богачев, В. И. Прокубовский ; под ред. В. С. Савельева. — М. : Медицина, 2001. — С. 574-585.
5. Hobbs J. T. Pelvic congestion syndrome / J. T. Hobbs // *Br. J. Hosp. Med.* — 1990. — N 43. — P. 200-206.
6. Chronic pelvic pain associated with pelvic congestion syndrome and the benefit of Daflon 500 mg: a review / Feza BURAK, Tonguc GUNDUZ, Mehmet SIMSEK, Omur TASKIN // *Phlebology*. — 2009. — Vol. 16 (3). — P. 290-294.
7. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion / M. E. Soysal [et al.] // *Hum. Reprod.* — 2001. — May. — Vol. 16 (5). — P. 931-9.
8. Samos Fernandez R. Female gonadal venous insufficiency / R. Fernandez Samos, A. Zorita, J. M. Ortega // *Angiologia*. — 1993. — Vol. 45, N 6. — P. 203-209.
9. Taylor H. C. Jr. Vascular congestion and hyperemia; their effect on function and structure in the female reproductive organs; etiology and therapy / H. C. Jr. Taylor // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1949. — Apr. — Vol. 57 (4). — P. 654-68.
10. Liddle A. D. Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices / A. D. Liddle, A. H. Davies // *Phlebology*. — 2007. — Vol. 22 (3). — P. 100-4.
11. Роль конгестии в патогенезе синдрома тазовой боли / Ю. В. Васильев [и др.]. — М., 2004. — С. 136.
12. Особенности поражения вен малого таза после перенесенного тромбоза подвздошных вен / Ю. Т. Цуканов [и др.] // *Флебология*. — 2015. — № 1.
13. Воробьев Г. И. Консервативная терапия геморроя / Г. И. Воробьев, Л. А. Благодарный

- // Рус. мед. журн. — 2001. — № 3. — С. 114-116.
14. Делигеороглу Э. Некоторые подходы к изучению и лечению дисменореи / Э. Делигеороглу, Д. И. Арвантинос // Вестн. рос. ассоц. акушеров-гинекологов. — 1996. — № 4. — С. 50-2.
 15. Основные принципы дуплексного сканирования вен нижних конечностей при хронических заболеваниях вен / P. Coleridge-Smith [et al.] // Согласительный документ Международной ассоц. флебологов. Ч I. Флебология. — 2008. — № 1.
 16. Место эхографии в диагностике причин синдрома тазовых болей / А. Е. Волков [и др.] // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 2000. — № 8 (1). — С. 62-66.

DYNAMICS OF ORGAN LESIONS AS REPLY ON CONSERVATIVE TREATMENT OF SECONDARY VENOUS VARICES OF SMALL PELVIS

[E. G. Levdansky](#)

SBEI HPE «Omsk state medical academy» of Ministry of Health (Omsk c.)

The objective of research: assessment of dynamics of expression of organ lesions of small pelvis at treatment of secondary venous varices of small pelvis. *Material and methods.* IPSS scale, system E. Deligeoroglu and D. I. Arvantinos. *Results.* Before treatment pelvic pain is revealed in 33,3%, disturbance of emiction — in 100%, hemorrhoids — in 62,5%, dyspareunia — in 42,9%. After treatment pelvic pain — in 4,5%, disturbance of emiction — in 37,5%, dyspareunia — in 14,3%. *Conclusions.* The secondary venous varices of small pelvis are capable to cause a lesion of organs of small pelvis, the 3-month course of treatment conducts to decrease of clinical implications of pelvic lesions.

Keywords: secondary venous varices of small pelvis, pelvic pain, disturbance of emiction, conservative treatment of veins, duplex scanning of veins of small pelvis.

About authors:

Levdansky Evgeny Gennadevich — full-time post-graduate student of surgical illnesses and urology chair of PGS at SBEI HPE «Omsk state medical academy» of Ministry of Health, e-mail: e.g.levdanskiy@rambler.ru

List of the Literature:

1. Sukovatykh B. S. Mechanisms of development of venous varicose illness of small pelvis / B. S. Sukovatykh, L. N. Belikov, O. A. Rodionov // *Angiology and vascular surgery*. — 2004. — № 3. — P. 73-79.
2. The differentiated approach to treatment of varicosity of small pelvis at women / A. I. Neymark [etc.] // *Angiology and vascular surgery*. — 2007. — V. 13, № 3. — P. 79-84.
3. Neymark A. I. Endovascular treatment of resistant dysuria and chronic pelvic pains at varicosity of small pelvis at women / A. I. Neymark, I. V. Shelkovnikova // *Urology*. — 2012. — № 4. — P. 20-24.
4. Kiriyyenko A. I. Varicose illness of small pelvis. Phlebology: guidance for doctors / A. I. Kiriyyenko, V. Y. Bogachyov, V. I. Prokubovsky; under the editorship of V. S. Savelyev. — M.: Medicine, 2001. — P. 574-585.
5. Hobbs J. T. Pelvic congestion syndrome / J. T. Hobbs // *Br. J. Hosp. Med.* — 1990. — N 43. — P. 200-206.
6. Chronic pelvic pain associated with pelvic congestion syndrome and the benefit of Daflon 500 mg: a review / Feza BURAK, Tonguc GUNDUZ, Mehmet SIMSEK, Omur TASKIN // *Phlebolympology*. — 2009. — Vol. 16 (3). — P. 290-294.
7. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the

- treatment of pelvic congestion / M. E. Soysal [et al.] // Hum. Reprod. — 2001. — May. — Vol. 16 (5). — P. 931-9.
8. Samos Fernandez R. Female gonadal venous insufficiency / R. Fernandez Samos, A. Zorita, J. M. Ortega // Angiologia. — 1993. — Vol. 45, N 6. — P. 203-209.
 9. Taylor H. C. Jr. Vascular congestion and hyperemia; their effect on function and structure in the female reproductive organs; etiology and therapy / H. C. Jr. Taylor // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1949. — Apr. — Vol. 57 (4). — P. 654-68.
 10. Liddle A. D. Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices / A. D. Liddle, A. H. Davies // Phlebology. — 2007. — Vol. 22 (3). — P. 100-4.
 11. Congestion role in pathogenesis of syndrome of pelvic pain / Y. V. Vasilyev [etc.]. — M, 2004. — P. 136.
 12. Features of lesion of veins of small pelvis after the postponed clottage of ileal veins / Y. T. Tsukanov [etc.] // Phlebology. — 2015. — № 1.
 13. Vorobyov G. I. Conservative therapy of hemorrhoids / G. I. Vorobyov, L. A. Blagodarny // Russian medical journal. — 2001. — № 3. — P. 114-116.
 14. Deligeoroglu E. Some approaches to studying and treatment of dysmenorrhea / E. Deligeoroglu, D. I. Arvantinos // Bulletin. of Rus. asoc. of obstetricians-gynecologists. — 1996. — № 4. — P. 50-2.
 15. The basic principles of duplex scanning of veins of the lower extremities at chronic diseases of veins / P. Coleridge-Smith [et al.] // Conciliatory document International assoc. of phlebologists. P. I. Phlebology. — 2008. — № 1.
 16. Echography place in diagnostics of the reasons of syndrome of pelvic pains / A. E. Volkov [etc.] // Ultrasonic diagnostics in obstetrics, gynecology and pediatrics. — 2000. — № 8 (1). — P. 62-66.