

констатировать отсутствие или минимальное влияние эффекта плацебо, характерного для подавляющего большинства топических флеботропных препаратов.

Чрезвычайно важным является факт практически полного отсутствия нежелательных явлений, даже при более частом использовании Детрагеля, чем рекомендовано в зарегистрированной инструкции к препарату.

# Заключение

Детрагель является новым топическим препаратом, включающим в свой состав эссенциальные фосфолипиды, флеботропную лекарственную субстанцию (эсцин) и гепарин. Эссенциальные фосфолипиды служат основой для образования самоорганизующихся липосом, которые являются трансдермальной транспортной системой для эсцина и гепарина. Благодаря указанным свойствам Детрагель в режиме монотерапии или в комбинации с Детралексом эффективно устраняет часто встречающиеся вено-специфические симптомы и синдромы у пациентов с различными клиническими классами хронических заболеваний вен по СЕАР, демонстрируя при этом хорошую переносимость, что, в свою очередь, служит ключевой характеристикой, определяющей приверженность больных проводимому лечению. Высокая оценка врачами и пациентами результатов использования Детрагеля открывает для этого препарата широкие перспективы в реальной клинической практике.

#### Выводы

- 1. Детрагель является эффективным и безопасным препаратом при лечении вено-специфических симптомов и синдромов, развивающихся у пациентов с различными клиническими классами хронических заболеваний вен по классификации СЕАР.
- 2. При вено-специфических симптомах, характерных для начальных клинических классов (C0s-C2s) CEAP, Детрагель можно использовать самостоятельно. В более поздних случаях Детрагель целесообразно комбинировать с системными флеботропными препаратами (Детралекс) или средствами компрессионной терапии.
- 3. Эффективность, хорошая переносимость и удобство применения определяют высокую приверженность пациентов использованию Детрагеля.

## Литература

1. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Дженина О.В., Лобанов В.Н. Консервативное лечение хронических заболеваний вен: фокус на фармакотерапию // Фарматека. 2016. № 10 (323). С. 17–21 [Bogachev V.Yu., Boldin B.V., Dzhenina O.V., Lobanov V.N. Konservativnoye lecheniye khronicheskikh zabolevaniy ven: fokus na farmakoterapiyu // Farmateka. 2016. № 10 (323). S. 17–21 (in Russian)].

2. Kalodiki E., Stvrtinova V., Allegra C. et al. Superficial vein thrombosis: a consensus statement // Int Angiol. 2012. Vol. 31(3). P. 203–216.

3. Богачев В.Ю., Капериз К.А., Лобанов В.Н. Эффективность многокомпонентных топических препаратов у пациентов с острым тромбофлебитом вен нижних конечностей // РМЖ Хирургия. 2017. № 28. С. 2035-2038 [Bogachev V.Yu., Kaperiz K.A., Lobanov V.N. Effektivnosť mnogokomponentnykh topicheskikh preparatov u patsiyentov s ostrym tromboflebitom ven nizhnikh konechnostey // RMZH Khirurgiya.2017. № 28. C. 2035-2038 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте http://www.rmj.ru

# Тазовое венозное полнокровие усугубляет симптомы хронической венозной недостаточности

Профессор С.Г. Гаврилов, к.м.н. Е.П. Москаленко, к.м.н. О.И. Ефремова

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

#### **РЕЗЮМЕ**

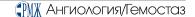
Цель исследования: изучение влияния тазового венозного полнокровия (ТВП) на клинические проявления хронической венозной недостаточности (ХВН) у пациенток с сочетанной варикозной болезнью таза (ВБТ) и варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК).

Материал и методы: проведен анализ результатов обследований 95 пациенток с ВБНК и ХВН С2, С3 класса по СЕАР. Из них у 65 женщин выявлена ВБТ, сопровождающаяся синдромом ТВП. Пациенток разделили на 3 группы: в 1-ю (контрольную) группу включили 30 пациенток с ВБНК без патологии тазовых вен; во 2-ю — 35 больных с сочетанной ВБНК и ВБТ, синдромом ТВП, 3-ю группу составили 30 пациенток с ВБНК и латентной формой ВБТ. Оценивали выраженность наиболее распространенных и характерных симптомов ВБНК (боль и тяжесть в нижних конечностях и малом тазу, отек нижних конечностей, варикозный синдром).

Результаты исследования: сочетание ВБНК и ТВП существенно увеличивает частоту и интенсивность клинических проявлений ХВН. Выраженность варикозного синдрома превалировала во 2-й группе (1-я группа — 1 балл; 3-я группа — 1,06±0,08 балла; 2-я группа — 2,3±0,2 балла, p=0,000001), боли в нижних конечностях также статистически значимо отличались в двух группах (1-я группа  $-2,2\pm0,6$  балла; 3-я группа  $-1,3\pm0,5$  балла; 2-я группа — 4,9±0,4 балла; p=0,003). Боль, отек и тяжесть в нижних конечностях у пациенток 2-й группы обнаружены значительно чаще, чем у пациенток 1-й и 3-й групп: боли в нижних конечностях — в 7 раз, отек в 6 раз, тяжесть — в 2 раза.

Вывод: синдром ТВП способствует ухудшению венозного оттока из нижних конечностей, усугубляет клинические проявления ХВН среди больных сочетанной ВБНК и ВБТ.

PMX, 2018 №6(II)



**Ключевые слова:** варикозная болезнь таза и нижних конечностей, тазовое венозное полнокровие, хроническая венозная недостаточность, венозная боль, диагностика.

Для цитирования: Гаврилов С.Г., Москаленко Е.П., Ефремова О.И. Тазовое венозное полнокровие усугубляет симптомы хронической венозной недостаточности // РМЖ. 2018. № 6(II). С. 65–69.

#### **ABSTRACT**

Pelvic congestion syndrome exacerbates the symptoms of chronic venous insufficiency S.G. Gavrilov, E.P. Moskalenko, O.I. Efremova

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

**Aim:** to study an effect of pelvic congestion syndrome (PCS) on the clinical manifestations of chronic venous insufficiency (CVI) in patients with compound pelvic varicose veins (PVV) and lower limb varicose vein disease (LEVVD).

Patients and Methods: an analysis of the study results of 95 patients with LEVVD and CVI of class C2, C3 according to CEAP was carried out. Of these, 65 women were diagnosed with PVV, accompanied by PCS. The patients were divided into three groups: the first (control) group included 30 patients with LEVVD without pathology of pelvic veins; the second — 35 patients with combined LEVVD and PVV, PCS. The third group consisted of patients with LEVVD and latent form of PVV. The severity of the most common and characteristic symptoms of LEVVD (pain and heaviness in the lower limbs and pelvis, edema of the lower limbs, varicose syndrome) was evaluated.

**Results**: the combination of LEVVD and PCS significantly increases the frequency and intensity of clinical manifestations of CVI. The severity of varicose syndrome prevailed in the second group (group 1-1 point; group  $3-1.06\pm0.08$  points; group  $2-2.3\pm0.2$  points, p=0.000001), pain in the lower limbs also significantly differed in patients of group 2 (group  $1-2.2\pm0.6$  points; group  $3-1.3\pm0.5$  points; group  $2-4.9\pm0.4$  points; p=0.003). Pain, edema and severity in the lower limbs in patients of group 2 were found much more often in comparison with groups 1 and 3: pain in the lower limbs -7 times; edema -6 times, heaviness -2 times.

**Conclusion:** *PCS* contributes to the deterioration of venous outflow from the lower limbs, exacerbates the clinical manifestations of CVI among patients with compound LEVVD and PCS.

**Key words:** *lower limb and pelvis varicose disease, pelvic congestion syndrome, chronic venous insufficiency, venous pain, diagnosis.* 

**For citation:** Gavrilov S.G., Moskalenko E.P., Efremova O.I. Pelvic congestion syndrome exacerbates the symptoms of chronic venous insufficiency // RMJ. 2018. No 6(II). P. 65–69.

#### Введение

Клиническое течение варикозной болезни таза (ВБТ) в 60-70% случаев сопровождается формированием синдрома тазового венозного полнокровия (ТВП) [1]. Вместе с тем у ряда больных ВБТ расширение внутритазовых вен и патологический рефлюкс крови по ним не приводят к развитию каких-либо симптомов, и заболевание носит латентный характер. Кроме того, по данным разных авторов, сочетание ВБТ и варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) выявляют в 10–70% случаев [2, 3], а пельвио-перинеальный рефлюкс служит причиной рецидива ВБНК в 10-62% наблюдений [4, 5]. С учетом обширных анатомических связей между тазовыми и поверхностными венами нижних конечностей комбинация расширения вен таза и нижних конечностей и их клапанная недостаточность, очевидно, должны сопровождаться изменением выраженности симптомов хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей у данной категории больных [6, 7]. В работе А.В. Каралкина с соавт. (2004) на основании данных радионуклидных исследований выявлено нарушение эвакуаторной функции мышечно-венозной помпы у 58% пациенток с ВБТ, из них лишь у 13% отмечалась клинически манифестировавшая ВБНК [8]. До настоящего времени недостаточно сведений о влиянии расширения вен малого таза и рефлюкса крови по ним и о влиянии ТВП на выраженность клинических симптомов ХВН среди больных ВБНК и ВБТ.

**Целью** настоящего исследования послужило изучение влияния ТВП на клинические проявления ХВН у пациенток с сочетанной ВБТ и ВБНК.

#### Материал и методы

В проспективное сравнительное исследование включили 95 больных, находившихся на лечении в университетской хирургической клинике им. В.С. Савельева лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова в 2015–2018 гг. Критериями включения больных в исследование служили наличие клинически манифестировавшей ВБНК, симптомов ТВП, возраст больных от 18 до 45 лет, клапанная недостаточность внутритазовых и поверхностных магистральных вен нижних конечностей по данным ультразвукового ангиосканирования (УЗАС). Критериями исключения являлись отсутствие симптомов ХВН, беременность, климактерический период, нормальное функционирование клапанного аппарата внутритазовых и поверхностных вен нижних конечностей. Клинические проявления ВБНК и ВБТ в общей группе больных представлены в таблице 1. XBH C2 по CEAP выявлена у 67 больных, C3 — у 38 больных. Клинические проявления ВБНК и синдрома ТВП представлены в таблице 1.

Всем пациенткам выполнено УЗАС вен нижних конечностей и таза по стандартной методике (табл. 2) [9, 10].

По результатам клинического и ультрасонографического обследования больных разделили на 3 группы: в 1-ю (контрольную) группу включили 30 пациенток с ВБНК без патологии тазовых вен; во 2-ю — 35 больных с сочетанной ВБНК и ВБТ, синдромом ТВП; 3-ю группу составили 30 пациенток с ВБНК и латентной формой ВБТ (при наличии расширения и рефлюкса крови по внутритазовым венам отсутствовали какие-либо проявления заболевания). Оценивали выраженность наиболее часто встречающихся и характерных



симптомов ХВН, таких как боль и тяжесть в нижних конечностях и малом тазу, отек нижних конечностей, варикозный синдром. Таким образом, осуществляли сравнительную оценку наличия и выраженности симптомов ХВН у пациенток с ВБНК и сочетанной ВБНК и ВБТ. Методология оценки симптомов ВБНК и ВБТ представлена в таблице 3.

Статистический анализ был проведен с использованием компьютерных программ Microsoft Ecxel, Statistica 6.0 и статистического онлайн-калькулятора medstatistic.ru. Рассчитывали среднее арифметическое (М) и стандартное отклонение (о), отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ). Данные представлены в виде абсолютных и относительных величин, для оценки качественных, а также не имеющих нормального распределения количественных данных были использованы непараметрические статистические методы (точный критерий Фишера). При p<0,05 различия считали статистически значимыми.

# Результаты исследования

1-я группа. Возраст больных составил 39,4±1,6 года. Длительность заболевания — 8,7±0,9 года. Среди пациенток этой группы выраженность варикозного синдрома соответствовала 1 баллу, отмечено расширение вен лишь одного бассейна — большой подкожной вены (БВП). Отек голени над медиальной лодыжкой зарегистрирован у 4 больных, его выраженность составила 1,25±0,48 балла. Болевые ощущения в нижних конечностях отмечены у трети больных, их интенсивность не превышала 3 баллов. Тяжесть в нижних конечностях обнаружена почти у половины обследованных, составив в цифровом эквиваленте 1,8±0,3 балла (табл. 4).

По данным УЗАС вен нижних конечностей у всех больных выявлена клапанная недостаточность БПВ, у 86,6% перфорантных вен. Патологии внутритазовых вен у больных 1-й группы не было (табл. 5).

Таким образом, результаты оценки наличия и выраженности признаков ХВН у пациенток с ВБНК продемонстрировали типичную клиническую симптоматику заболевания, характеризующуюся умеренно выраженным варикозным синдромом, болями и тяжестью в нижних конечностях, редко встречающимся незначительным отечным синдромом. Основной причиной обращения пациенток за медицинской помощью служили варикозные вены нижних конечностей.

2-я группа. Возраст пациенток составил 31,6±1,7 года, длительность заболевания — 5,4±1,3 года. У всех больных этой группы отмечены такие признаки ТВП, как хроническая тазовая боль (XTБ), ее выраженность  $-7,2\pm1,6$  балла, тяжесть в гипогастральной области интенсивностью 3,8±0,4 балла. Посткоитальные боли беспокоили 19 (54,3%) женщин. Клинические проявления ХВН в исследуемой группе представлены в таблице 6.

Выраженность варикозного синдрома колебалась от 1 до 4 баллов (2,3±0,2 балла), у 2 пациенток обнаружено расширение вен в бассейнах БВП и малой подкожной вены (МВП) в сочетании с вульварным варикозом. Кроме того, патологический рефлюкс крови из внутритазовых в подкожные вены задней поверхности бедра также способствовал усугублению тяжести варикозного синдрома. Отек голени отмечен более чем у половины женщин (62,8%) и характеризовался значимой выраженностью  $-2,6\pm0,3$  балла. Боли в нижних конечностях беспокоили 82,8,4% больных, их интенсивность составила 4,9±0,4 балла. Тяжесть в нижних

Таблица 1. Клинические проявления варикозной болезни таза и варикозной болезни нижних конечностей в общей группе больных (n=95)

Симптом	Частота встречаемости (n/%)	
Варикозные вены нижних конечностей	95/100	
Варикозные вены промежности/ вульвы	11/11,6	
Отек нижних конечностей	6/6,3	
Отек половых губ	6/6,3	
Боль в нижних конечностях	57/60	
Тазовая боль	35/36,8	
Тяжесть в нижних конечностях	67/70,5	
Тяжесть в гипогастрии	35/36,8	
Диспареуния	19/20	

Таблица 2. Ультрасонографическая характеристика патологии вен таза и нижних конечностей в общей группе больных (n=95)

Клапанная недостаточность	Количество (п/%)
Большой подкожной вены	88/92,6
Малой подкожной вены	7/7,4
Перфорантных вен	87/91,5
Гонадных вен	21/22,1
Параметральных вен	65/68,4
Маточных вен	33/34,7
Внутренних подвздошных вен	2/2,1
Пельвио-перинеальный рефлюкс*	11/11,6

<sup>\*</sup> Рефлюкс крови из притоков внутренних подвздошных вен в вены промежности (3 больные), наружных половых органов (6 больных). задней поверхности бедра (2 больные).

Таблица 3. Оценка клинических признаков варикозной болезни таза и хронической венозной недостаточности

Симптом	Способ оценки	Выраженность симптома	
Боль в нижних конечностях	ВАШ	От 0 до 10 баллов	
Тазовая боль	ВАШ	От 0 до 10 баллов	
Тяжесть в нижних конечностях	ВАШ	От 0 до 10 баллов	
Тяжесть в гипогастрии	ВАШ	От 0 до 10 баллов	
Отек нижних конечностей	Легометрия	Разница периметров над медиальной лодыжкой: до 0,5 см — 1 балл от 0,5 до 1 см — 2 балла более 1 см — 3 балла	
Варикозный синдром	Визуально	Варикозные вены в бассейне: БПВ — 1 балл МПВ — 1 балл БПВ и МПВ — 2 балла БПВ или МПВ и ПВ или ВВ — 3 балла БПВ и МПВ и ПВ или ВВ — 4 балла	

Примечание: ВАШ — визуальная аналоговая шкала: БПВ — большая подкожная вена; МПВ — малая подкожная вена; ПВ — промежностный варикоз; ВВ — вульварный варикоз.

PMX, 2018 №6(II)

**Таблица 4.** Симптомы хронической венозной недостаточности в 1-й группе (n=30)

Симптом	Частота встречаемости (п/%)	Выраженность симптома, баллы
Варикозные вены нижних конечностей	30/100	1
Отек нижних конечностей	3/10	1,25±0,4
Боль в нижних конечностях	9/30	2,2±0,6
Тяжесть в нижних конечностях	14/46,6	1,8±0,3

**Таблица 5.** Распространенность поражения внутритазовых и поверхностных вен нижних конечностей в 1-й группе больных по результатам ультразвукового ангиосканирования (n=30)

Клапанная недостаточность	Распространенность (п/%)
Большой подкожной вены	30/100
Малой подкожной вены	0
Перфорантных вен	26/86,6
Гонадных вен	0
Параметральных вен	0
Маточных вен	0
Внутренних подвздошных вен	0
Пельвио-перинеальный рефлюкс	0

конечностях отметили 88,5% больных, ее выраженность колебалась от 2 до 5 баллов ( $3,8\pm0,2$  балла).

Согласно результатам УЗАС вен нижних конечностей и таза, комбинация клапанной недостаточности БПВ и параметральных вен обнаружена у 88,5% больных, МПВ и параметральных вен — у 2,3%, БПВ, параметральных, маточных и гонадных вен — у 35,5%, БПВ, параметральных и маточных вен — у 17,7% (табл. 7).

Пельвио-перинеальный рефлюкс зарегистрировали у трети больных с сочетанной ВБНК и ВБТ. Столь обширное поражение внутритазовых и поверхностных магистральных вен нижних конечностей обусловило, вероятно, большую выраженность симптомов ХВН в исследуемой группе больных.

Таким образом, во 2-й группе больных было выявлено существенное увеличение интенсивности клинических проявлений ХВН. При расчете ОШ возникновения болей в нижних конечностях у исследованных больных во 2-й группе риск их формирования был в 4 раза выше, чем в 1-й группе (ОШ: 4,23; 95% ДИ: 1,57-11,39). Шансы формирования отека нижних конечностей в случае сочетания ВБТ и ВБНК были в 7 раз выше в сравнении с данным показателем у пациенток только с ВБНК (ОШ: 7,42; 95% ДИ: 2,23-24,78). Отношение шансов развития ощущения тяжести в нижних конечностях во 2-й группе превысило таковое в 1-й группе в 5 раз (ОШ: 5,3; 95% ДИ: 1,85-15,07). Во 2-й группе больных варикозный синдром был выражен в 2 раза значительней, чем у пациенток 1-й и 3-й групп, что обусловлено наличием сочетанной клапанной недостаточности БПВ и МПВ, расширением вен наружных половых органов, промежности и задней поверхности бедер у половины больных.

3-я группа. Возраст больных составил 37,7±1,8 года, длительность заболевания — 8,6±1,2 года. Клинические

**Таблица 6.** Симптомы хронической венозной недостаточности во 2-й группе (n=35)

Симптом	Частота встречаемости (п/%)	Выраженность симптома, баллы	
Варикозные вены нижних конечностей	35/100	2,3±0,2	
Отек нижних конечностей	22/62,8	2,6±0,3	
Боль в нижних конечностях	29/82,8	4,9±0,4	
Тяжесть в нижних конечностях	31/88,5	3,8±0,2	

Таблица 7. Распространенность поражения внутритазовых и поверхностных вен нижних конечностей во 2-й группе больных по результатам ультразвукового ангиосканирования (n=35)

Клапанная недостаточность	Распространенность (n/%)
Большой подкожной вены	31/88,6
Малой подкожной вены	4/11,4
Перфорантных вен	31/88,5
Гонадных вен	19/54,2
Параметральных вен	35/100
Маточных вен	32/91,4
Внутренних подвздошных вен	2/5,7
Пельвио-перинеальный рефлюкс	11/31,4

проявления ВБТ и ТВП у больных отсутствовали, а признаки ХВН и их выраженность существенно не отличались от таковых в сравнении с 1-й группой (табл. 8).

Анализ результатов УЗАС вен нижних конечностей и таза свидетельствовал о сочетании клапанной недостаточности БПВ и параметральных вен у 80% больных, БПВ, параметральных и маточных вен — у 10%, БПВ, параметральных и гонадных вен — у 6,6%, БПВ, МПВ и параметральных вен — у 6,6%. Рефлюкс крови по перфорантным венам обнаружен у всех женщин (табл. 9).

Таким образом, несмотря на отсутствие отличий в выраженности симптомов ХВН между 1-й и 3-й группами, результаты УЗАС свидетельствовали о большей распространенности клапанной несостоятельности поверхностных магистральных и перфорантных вен в 3-й группе больных. Важно, что несмотря на наличие расширения вен параметрия (и рефлюкса крови по ним) у 100% больных 3-й группы, а также несмотря на сочетание патологического рефлюкса крови по гонадным, маточным и параметральным венам у 10% больных, признаки ТВП отсутствовали у всех женщин данной группы.

Также было установлено, что возраст и длительность заболевания в группе больных сочетанной ВБТ и ТВП достоверно меньше в сравнении с пациентками 1-й и 3-й групп (1-я группа: возраст —  $39,4\pm1,6$  года; стаж —  $8,7\pm0,9$  года; р=0,001; 2-я группа: возраст —  $32,3\pm1,4$  года; р=0,001; стаж —  $5,3\pm1,1$  года; р=0,0193; 3-я группа: возраст —  $37,7\pm1,8$  года; р=0,021; стаж —  $8,6\pm1,2$  года; р=0,046).

### Обсуждение

Расширение и клапанная недостаточность внутритазовых вен сопровождаются развитием синдрома ТВП, наиболее драматичным симптомом которого служит ХТБ. Соче-

PMX, 2018 №6(II)

**Таблица 8.** Симптомы хронической венозной недостаточности в 3-й группе (n=30)

Симптом	Частота встречаемости (п/%)	Выраженность симптома, баллы
Варикозные вены нижних конечностей	30/100	1,06±0,08
Отек нижних конечностей	4/13,3	1,3±0,5
Боль в нижних конечностях	8/26,6	2,4±0,3
Тяжесть в нижних конечностях	15/50	1,7±0,4

Таблица 9. Распространенность поражения внутритазовых и поверхностных вен нижних конечностей в 3-й группе больных по результатам ультразвукового ангиосканирования (n=30)

Клапанная недостаточность	Распространенность (п/%)
Большой подкожной вены	27/90
Малой подкожной вены	3/10
Перфорантных вен	30/100
Гонадных вен	2/6,6
Параметральных вен	30/100
Маточных вен	3/10
Внутренних подвздошных вен	0
Пельвио-перинеальный рефлюкс	0

**Таблица 10.** Сравнительная оценка выраженности клинических симптомов хронической венозной недостаточности нижних конечностей в исследуемых группах

Симптом	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=35)	3-я группа (n=30)
Варикозные вены нижних конечностей	1	2,3±0,2*	1,06±0,08**
Отек нижних конечностей	1,25 ±0,48	2,6±0,3*	1,3±0,5**
Боль в нижних конечностях, баллы	2,2±0,6	4,9±0,4*	2,4±0,3**
Тяжесть в нижних конечно- стях, баллы	1,8±0,3	3,8±0,2*	1,7±0,4**

**Примечание:** *сравнение с 1-й группой:* \* *p*<0,05; \*\* *p*>0,05.

танное поражение вен таза и нижних конечностей выявляют достаточно часто. Среди пациенток с рецидивом ВБНК такая комбинация встречается у 10–60% больных [1–3]. В исследованиях Gültaşli et al. (2006), Bora et al. (2012) расширение и рефлюкс крови по внутритазовым и поверхностным венам нижних конечностей выявлены у 70% и 78,6% женщин соответственно [1, 7]. Asciutto et al. (2010) обнаружили повышение выраженности боли в нижних конечностях у пациенток с ВБНК и клапанной недостаточностью внутритазовых вен.

Проведенное исследование показало достоверные различия между интенсивностью симптомов ХВН среди больных только ВБНК и ВБНК в сочетании с латентной ВБТ в сравнении с комбинацией ВБНК и ТВП (табл. 10).

Выраженность варикозного синдрома превалировала во 2-й группа (1-я группа — 1 балл; 3-я группа — 1,06 $\pm$ 0,08 балла; 2-я группа — 2,3 $\pm$ 0,2 балла, p=0,000001), боли в нижних конечностях также статистически значимо отличались в двух группах (1-я группа — 2,2 $\pm$ 0,6 балла; 3-я группа — 1,3 $\pm$ 0,5 балла; 2-я группа — 4,9 $\pm$ 0,4 балла;

р=0,003). Аналогичные отличия обнаружены при анализе отека и тяжести в нижних конечностях. Отмечено увеличение частоты выявления таких признаков ХВН, как боль, отек и тяжесть в нижних конечностях. У пациенток 2-й группы эти симптомы обнаружены, в сравнении с 1-й и 3-й группами, значительно чаще: боли в нижних конечностях — в 7 раз, отек — в 6 раз, тяжесть — в 2 раза. Полученные результаты можно объяснить тем, что клапанная недостаточность внутритазовых вен, тазовая флебогипертензия и пельвио-перинеальный рефлюкс способствуют усугублению нарушения венозного оттока из нижних конечностей, повышению частоты встречаемости и интенсивности клинических проявлений ХВН.

В 3-й группе больных не обнаружены сколь-либо значимые изменения в клиническом течении ХВН, несмотря на наличие подтвержденной УЗАС ВБТ. Патологический рефлюкс крови по венам параметрия обнаружен у всех пациенток 3-й группы, у 6,6% — в сочетании с клапанной недостаточностью гонадных вен. Тем не менее каких-либо симптомов ТВП у этих больных не обнаружено, не было отличий и в проявлениях ХВН. Это, в свою очередь, указывает на то, что у больных отсутствовали явления венозного полнокровия органов малого таза и, несмотря на нарушение функции клапанного аппарата этих вен, синдром ТВП не сформировался. Причина этого феномена до конца не ясна и нуждается в дальнейшем изучении с привлечением методов молекулярного генетического анализа. Следует заметить, что в 3-й группе не было выявлено пельвио-перинеального рефлюкса ни в одном из наблюдений, в отличие от 2-й группы, где он обнаружен у трети больных, что, безусловно, послужило весомым фактором усугубления проявлений ХВН.

Тем не менее данная работа убедительно продемонстрировала, что наличие ТВП у больных сочетанной ВБНК и ВБТ усугубляет течение ХВН, увеличивает частоту встречаемости и интенсивность клинических проявлений таких ее признаков, как варикозные вены, отек, боль и тяжесть в нижних конечностях.

Помимо вышеуказанного, установлено, что возраст и длительность заболевания в группе больных сочетанной ВБТ и ТВП достоверно меньше в сравнении с пациентками 1-й и 3-й групп. Это, в свою очередь, может указывать на более раннее возникновение ВБНК в случае наличия патологии внутритазовых вен, сопровождающееся ТВП, скорейшее обращение за медицинской помощью пациенток с сочетанным поражением вен таза и нижних конечностей.

#### Заключение

Синдром ТВП способствует ухудшению венозного оттока из нижних конечностей, усугубляет клинические проявления ХВН среди больных сочетанной ВБТ и нижних конечностей. Обширные анатомические связи между венами малого таза и нижних конечностей, клапанная недостаточность внутритазовых вен, пельвио-перинеальный рефлюкс у пациенток с ВБНК служат определяющими факторами формирования стойких и интенсивных признаков ХВН. В обследовании пациентов с ВБНК целесообразно выполнять УЗАС тазовых вен, что будет способствовать уменьшению рецидивов заболевания, проведению рациональной фармакотерапии, повышению качества жизни больных. Исследования в этом направлении необходимо продолжить.

Список литературы Вы можете найти на сайте http://www.rmj.ru

РМЖ, 2018 №6(II) 69