Флебология 360: Женское здоровье- в фокусе заболевание вен. Кто поможет - хирург или гинеколог?

Хронические заболевания вен (ХЗВ) у женщин (Енькова Е.В.).

Заболевания вен у женщин (МКБ-10: I83. Варикозное расширение вен нижних конечностей*)

Варикозная болезнь	Заболевания вен при беременности	При гинекологических заболеваниях и состояниях
• Варикоз нижних конечностей • Варикоз вен таза • Варикоз половых органов	• Варикоз нижних конечностей • Варикоз половых органов • Геморрой • Улучшение микроциркуляции	• Использование гормональных препаратов • Хронический эндометрит • Бесплодие

**Исключены: осложняющее: беременность (O22.0), послеродовой период (O87.8)*

Гендерные различия хронической венозной недостаточности (ХВН)
• У женщин чаще встречается ХВН и отмечается бóльшее число симптомов.[1-3]
• Наиболее важные факторы риска для женщин: ожирение, низкая физическая активность и число родов.[1]
• Гипотеза: возможно, мужчины, в отличие от женщин, придают меньшее значение флебостатическим симптомам и реже обращаются за медицинской помощью.[4]

1. Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. Angiology. 2003 Jul-Aug;54 Suppl 1:S19-31.

2. Fowkes FG, Evans CJ, Lee AJ. Prevalence and risk factors of chronic venous insufficiency. Angiology. 2001 Aug;52 Suppl 1:S5-15.

3. Beebe-Dimmer JL et al. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. Ann Epidemiol. 2005 Mar;15(3):175-84.

4. Andreozzi GM, Signorelli S et al. Varicose symptoms without varicose veins: the hypotonic phlebopathy, epidemiology and pathophysiology. The Acireale project. Minerva Cardioangiol. 2000 Oct;48(10):277-85.

К гендерным факторам риска относятся беременность, роды, гормональная контрацепция/терапия (+ общие факторы риска ХЗВ).
У 60-80% женщин развиваются ХЗВ.

Исследование СПЕКТР
Доля женщин на приеме флеболога – 81,2%, средний возраст пациентов – 44,8 года (n=866).

Функциональная венозная недостаточность (ФВН) – обратимое патологическое состояние, развивающееся под действием эндогенных или экзогенных провоцирующих факторов, характеризующееся развитием отека и/или субъективных симптомов венозного застоя при полной интактности венозной системы (у здоровых лиц) или вне связи с имеющейся патологией вен (у пациентов с ХЗВ).

Симптомы гормоноиндуцированной ФВН (на фоне приема гормональных препаратов): боли, тяжесть, утомляемость, судороги, отеки.

По различным данным до 25% молодых девушек отменяют назначенные им гормональные контрацептивы в первые 3 мес. из-за побочных явлений, среди которых – боязнь ↑ веса, боли в ногах, боли в животе.
Кротин П.Н., Кожуховская Т.Ю., Таенкова А.А. РМЖ. 2004;12(5):2-9.

Влияние половых гормонов на тонус сосудов

• Эстрогены стимулируют выработку оксида азота и опосредованно оказывают сосудорасширяющий эффект на вены.
• Прогестагены оказывают сосудорасширяющее действие и могут усиливать боль при варикозном расширении вен таза и нижних конечностей.

Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю. Опыт 6-месячного применения экстракта красных листьев винограда при гормониндуцированной флебопатии. Ангиология и сосудистая хирургия; 2014: 20(3):102-107.
В ходе данного исследования по влиянию КОК на состояние венозного тонуса 210 пациенток, принимающих КОК, применяли венотоники в течение 2 мес.:
• У пациенток был отмечен (+) эффект от курса приема венотоников на фоне приема гормональных препаратов – достоверное ↓ величины просвета вен (в группе без применения венотоников отмечалось ↑ просвета вен).
• При исследовании регистрировалось ↓ ортостатического градиента венозных сосудов, что свидетельствует о ↑ тонуса венозных сосудов в результате действия венотоников.

• Крупное популяционное исследование показало, что ФВН чаще выявляется у женщин (вне зависимости от m тела), предъявляющих характерные симптомы венозной недостаточности при длительном стоянии и особенно в сроки, близкие к менструации.[1]
• Имеются данные об эффективности флеботропных средств для устранения или профилактики симптомов венозной недостаточности у пациентов без объективных признаков заболеваний вен.[2]

1. Bradbury A, Evans CJ et al. The relationship between lower limb symptoms and superficial and deep venous reflux on duplex ultrasonography: The Edinburgh Vein Study. J Vasc Surg. 2000 Nov;32(5):921-31.

2. Nicolaides A, Kakkos S, Eklof B et al. (Ed). Management of symptomatic individuals in the absence of clinical signs and pathophysiological abnormalities. Intern Angiol. 2014; 33(2):191-192.

Варикозная болезнь вен таза (ВБВТ) (с-м полнокровия вен таза, с-м тазового полнокровия, с-м расширения вен таза, pelvic congestion syndrome)

Факторы риска ВБВТ у женщин:
• влияние гормональных факторов;
• беременность, особенно многократная за счет резкого возрастания кровотока в венах малого таза, ↑ m тела;
• хирургические вмешательства на органах малого таза;
• наличие варикоза вен нижних конечностей в настоящий момент или в анамнезе;
• матка в ретрофлексии;
• поликистоз яичников;
• анатомические особенности (в общей популяции недостаточное число венозных клапанов в левой яичниковой вене встречается у 13-15% женщин, в правой яичниковой вене – у 6%).*
**Нормальный диаметр яичниковых вен – 3,8 мм (верхний порог – 5 мм), в случае недостаточности клапанов – 7,5 мм.*

ВБВТ – «упущенный» диагноз
• Все симптомы венозной недостаточности обладают <u>низкой специфичностью</u>, что создает трудности при проведении дифференциальной диагностики и требует исключения целого ряда патологических состояний.
• Варикоз вен таза <u>недостаточно часто диагностируется в качестве причины хронической тазовой боли (ХТБ)</u> вследствие неспецифических изображений, полученных с помощью стандартных методов визуализации.
• У женщин заболевание часто протекает <u>под маской воспалительного заболевания органов малого таза</u> и неоднократно проводится противовоспалительное лечение без эффекта.
*Kendler M, Haas E. Subjective venous symptoms: review and presentation of a pilot study. Phlebolymphology, 2007;**14**(2): 74-79.*

Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза. Российский вестник акушера-гинеколога. 2007;6: 74-79.
Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза. Consilium medicum. 2006;1: 1: 20-23.

• Женщинам, в течение многих лет предъявляющим жалобы на ХТБ, обусловленную варикозом вен таза, в отсутствие кист яичников, эндометриоза и миомы матки, ставится диагноз психосоматического расстройства/ психической неустойчивости и не предлагается программа эффективного лечения боли.
• Персистирующий/рецидивирующий характер болевого с-ма обусловливает ↓ качества жизни, связанного со здоровьем.
Ball E, Khan KS, Meads C. Does pelvic venous congestion syndrome exist and can it be treated? Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 May;91(5):525-8.

Выбор метода лечения ВБВТ зависит от:
• локализации и распространенности поражения вен;
• наличия и выраженности субъективной симптоматики.

Показания к консервативному лечению:
• изолированное расширение вен матки и параметрия, других венозных сплетений малого таза без гонадного рефлюкса;
• сочетанное поражение внутритазовых венозных сплетений и гонадных вен без признаков тазового венозного полнокровия;
• подготовка к операции.

ХВН у беременных

Основные этиологические факторы развития ХВН во время беременности:
• слабость сосудистой стенки, дисфункция и повреждение эндотелия вен, повреждение венозных клапанов, нарушение микроциркуляции;
• компрессия нижней полой и подвздошных вен растущей маткой, что приводит к возрастанию давления в венах нижних конечностей;
• рост концентрации прогестерона, начинающийся с I триместра;
• ↑ объема циркулирующей крови на 20-30%;
• замедление кровотока в венах нижних конечностей с формированием тромботических масс значительно ↑ нагрузку на венозную систему нижних конечностей.

Осложнения ХВН у беременных:
• ранний токсикоз и гестоз – 10%;
• хроническая внутриутробная гипоксия плода – 10%;
• несвоевременное излитие околоплодных вод – 22-24%;
• слабость родовой деятельности – 15%;
• кровотечение в 3-м периоде родов и раннем послеродовом периоде – 18%;
• послеродовой эндометрит – 7%.
Серьезные последствия ХВН: тромбоэмболические осложнения (частота во время беременности – 10%, в послеродовом периоде – 6%) и трофические язвы голени.

Лечение ХВН во время беременности
• Лечебная гимнастика, компрессионный трикотаж
• Медикаментозная терапия:
1) местная терапия (оправдано назначение в I триместре беременности и в период лактации);
2) пероральные венотоники со II триместра беременности.

Метод	Вариант терапии	Особенности у женщин

ФВН	Флеботоники	**Пероральные препараты**	При приеме КОК, гестагенов
	Компрессия	II класс	Шире выбор изделий трикотажа (чем для мужчин)
Варикозная болезнь	Флеботоники	**Пероральные препараты**	При наличии боли, тяжести, отеков. При подготовке и проведении хирургического вмешательства
	Хирургия	Склеротерапия Хирургическое лечение	-
Варикоз вен таза	Флеботоники	**Пероральные препараты**	При наличии симптомов тазового венозного полнокровия, боли
	Хирургия	Склеротерапия Эмболизация гонадных вен, стентирование подвздошных вен	Вульварный варикоз При гонадном рефлюксе
	Компрессия	III класс	Ношение 5 дней в нед. по 10 ч
Посттромботический с-м	Флеботоники	**Пероральные препараты**	Постоянно курсами по 2-3 мес. 2 р/год
	Хирургия	Стентирование подвздошных вен	Только при прогрессировании ХЗВ до трофических язв на фоне лекарственной терапии

Эффективность венотоников в лечении варикозной недостаточности

Martinez MJ, Bonfill X et al. Phlebotonics for venous insufficiency. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD003229.

Согласно результатам Кокрейновского обзора и мета-анализа по изучению эффективности различных венотонических препаратов при венозной недостаточности (59 РКИ, из них 44 хорошего дизайна и качества), в группе пациентов, принимавших венотоники, по сравнению со сравнительной группой наблюдалось:

• полное купирование боли у 63% по сравнению с 37%;
• ↓ ощущения тяжести у 60% по сравнению с 33%;
• ↓ отеков у 63% по сравнению с 38%.

Allaert F, Gobin J. Observation study on the synergy of action of sclerotherapy and Grade A phlebotonic agents in chronic venous disease of the lower limbs. Angiology, 2010; 29(2):2.

Согласно данным мета-анализа 10 РКИ (n=1010), через 3 месяца приема* МОФФ (Детралекс®) ↓ отек (в 4 раза), боль, тяжесть при ХЗВ (эффективнее диосмина).

**3 месяца – оптимальный курс при отеке.*

МОФФ – микронизированная очищенная флавоноидная фракция

Детралекс® эффективно ↓ симптомы ХЗВ: ↓ отека, ↓ тяжести на 53% и боли на 38%.

Bogachev VY et al. 2020;27:70-80.

Применение местного средства на основе эсцина, гепарина и эссенциальных фосфолипидов улучшает перфузию тканей, что проявляется ↑ PO_2 и ↓ PCO_2. Тяжесть венозных симптомов коррелирует с этими параметрами и ↓ с улучшением тканевой перфузии.

Phlebolymphology Vol.26, No. 3; 2021: P128.

У пациентов, применявших Детрагель®, было отмечено улучшение показателей микроциркуляции по сравнению с группами контроля и плацебо.
Cesarone et al. Angyology 2001; 52 (Supple 3): S11-S16.

Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Туркин П.Ю. Современная терапия хронических заболеваний вен нижних конечностей: в фокусе — трансдермальные флеботропные препараты. РМЖ. 2018;6(II):61-65.
Детрагель® ↓ все основные симптомы ХЗВ, включая чувство тяжести в икрах, ↓ толерантности к статическим нагрузкам, вечерний отек голеней, боль, ночные судороги икроножных мышц (n=1005).

Суковатых Б.С., Середицкий А.В., Суковатых М.Б., Родионов О.А. Эффективность детрагеля при лечении варикотромбофлебита у лиц пожилого и старческого возраста. Ангиология и сосудистая хирургия. Том 26 №1/2020.
Детрагель® эффективнее (чем гель гепарина 1000 Ме/г) ↓ боль и отек (в 2 раза).

Режим применения препарата Детрагель®:
• можно наносить под эластичные чулки или бинты;
• тонким слоем, 2-3 р/сут, курс лечения – до 15 дней.

ХЗВ у женщин. Взгляд хирурга (Богачев В.Ю.)

Salim S, Machin M et al. Global Epidemiology of Chronic Venous Disease: A Systematic Review With Pooled Prevalence Analysis. Ann Surg. 2021 Dec 1;274(6):971-976.
Согласно результатам объединенного анализа (32 КИ, >300 000 человек), частота выявления клинического класса ХЗВ С1 составляет 26%, С0s – 9%.

Факторы риска ХЗВ у женщин:
• женский пол;
• беременность;
• возраст;
• избыточная m тела;
• длительное положение «стоя»;
• семейный анамнез.
De Maeseneer MG, Kakkos SK, et al. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. EurJVascEndovascSurg. 2022 Feb;63(2):184-267

Исследование VEIN CONSULT
• Общее количество мужчин и женщин с ХЗВ – 31,6% и 68,4%, в РФ – 27,2% и 72,8% соответственно.
• Ежегодный прирост новых ХЗВ составляет 2,6% среди женщин и 1,9% среди мужчин.

Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. Ann Epidemiol. 2005 Mar;15(3):175-84.
• Частота неосложненной ВБВНК среди мужчин – 2-56%, среди женщин <1-73%.
• Частота ХВН среди мужчин <1-17%, среди женщин <1-40%.
ВБВНК – варикозная болезнь вен нижних конечностей

Частота ХЗВ у женщин-медработников:
• у 34% сотрудниц университетской клиники в Австрии;

• у 62,9% медсестер университетской клиники в Турции;
• 58% сосудистых хирургов в США имеют рефлюкс по большой подкожной вене (БПВ).

Ziegler S.Chronic venous disease is highly prevalent in hospital employees. Phlebolymphology. 2006;13(3):150.

Diken AI, Yalçınkaya A et al. Prevalence, presentation and occupational risk factors of chronic venous disease in nurses. Phlebology. 2016 Mar;31(2):111-7.

Criqui MH, Jamosmos M et al. Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study. Am J Epidemiol. 2003 Sep 1;158(5):448-56.

У женщин в 3 раза чаще мужчин встречался выраженный варикоз и ТАЭ (33,6% *vs* 11,0%).

ТАЭ – телеангиэктазии

Vlajinac HD, Radak DJ, Marinkovic JM, Maksimovic MZ. Risk factors for chronic venous disease. Phlebology. 2012 Dec;27(8):416-22.

• Возраст, ИМТ ≥25 кг/м^2, семейный анамнез ХЗВ, перенесенный острый венозный тромбоз и курение – факторы риска ХЗВ для мужчин и женщин.
• Менопауза, ↑ числа родов, низкая физическая активность – факторы риска ХЗВ у женщин.

Vuylsteke ME, Colman R et al. The influence of age and gender on venous symptomatology. An epidemiological survey in Belgium and Luxembourg. Phlebology. 2016 Jun;31(5):325-33.

• Женщины vs мужчины: дебют ХЗВ – 30,8 лет vs 36,8 лет, продолжительность – 25,1 лет vs 19,3 года.
• Женский пол + возраст – значимый фактор риска ХВН.
• Специфические нозологические формы ХЗВ: флебопатии, ТАЭ, варикоз беременных женщин.

Специфические нозологические формы ХЗВ:
• Флебопатии
• Варикозная болезнь вен таза
• Варикоз беременных женщин

Vuylsteke ME, Colman R, Thomis S, Guillaume G, Degrande E, Staelens I. The influence of age and gender on venous symptomatology. An epidemiological survey in Belgium and Luxembourg. Phlebology. 2016 Jun;31(5):325-33.

Возникновение жалоб у женщин связано с менструальным циклом и приёмом КОК.

García-Honduvilla N, Asúnsolo Á et al. Increase and Redistribution of Sex Hormone Receptors in Premenopausal Women Are Associated with Varicose Vein Remodelling. Oxid Med Cell Longev. 2018 Sep 3;2018:3974026.

При варикозном расширении вен отмечается:
• ↑ количества рецепторов эстрогенов и прогестерона во всех слоях стенки варикозных вен у женщин;
• изменение локализации рецепторов андрогенов (здоровые вены – адвентиция, варикозные вены – неоинтима);
• ↓ количества рецепторов андрогена в варикозных венах мужчин.

Выводы
• Частота ХЗВ доминирует в женской популяции.
• Существуют специфические «женские» факторы риска ХЗВ.
• Имеются характерные только для женщин виды поражения венозной системы.

Флебопатии

Флебопатии – обратимые (?) нарушения упруго-эластических свойств венозной стенки под воздействием эндогенных или экзогенных факторов, сопровождающиеся появлением вено-специфической симптоматики.

Andreozzi GM, Signorelli S et al. Varicose symptoms without varicose veins: the hypotonic phlebopathy, epidemiology and pathophysiology. The Acireale project. Minerva Cardioangiol. 2000 Oct;48(10):277-85.
Флебопатии – «хроническая венозная недостаточность без варикоза»

Nicolaides A, Kakkos S et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part II. Int Angiol. 2020 Jun;39(3):175-240.
Раздел 14: C0s (флебопатии):
• Функциональная флебопатия = функциональное ХЗВ.
• C0s, En, An, Pn.
Частота выявления флебопатий:
• 13-23% – Польша;
• 15% – Сан-Диего;
• 19,7% – исследование VEIN CONSULT;
• 31% –Acireale.

Флебопатии:
• гиподинамические;
• гипотонические;
• метаболические;
• гормоноиндуцированные;
• COVID-19 ассоциированные и т.д.
Nicolaides A, Kakkos S et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part II. Int Angiol. 2020 Jun;39(3):175-240.

Богачев В.Ю., Дженина О.В., Болдин Б.В., Кузнецов М.Р., Лобанов В.Н., Аркадан Н.Р. Транзиторный рефлюкс по большой подкожной вене у женщин фертильного возраста. Флебология. 2017;11(2):64-70.
• У молодых, здоровых, нерожавших женщин в лютеиновую фазу менструального цикла в 54% наблюдений отмечается появление транзиторного рефлюкса.
• В конце лютеиновой фазы наблюдается ↓ времени возвратного кровенаполнения при ФПГ.
ФПГ – фотоплетизмография

Факторы риска гипотонических флебопатий:
• позднее начало менструаций;
• дисменорея;
• вегетососудистая дистония;
• дисфункция вегетативной нервной системы;
• синдром «мраморной кожи».

Эстрогены		Прогестины	
• Гипертрофия интимы и медии в венозной стенке • Эндотелиальная дисфункция • Стимуляция синтеза NO (вазодилятация)	•↑ синтеза прокоагулянтных факторов • ↓ активности антитромбина III • ↓ фибринолитической активности • ↑ агрегации тромбоцитов	• Деградация коллагеновых и эластиновых волокон • ↓ тонуса венозной стенки • Вазодилятация • Артериоло-венулярное шунтирование	• ↓ активности FVII • ↓ синтеза FII • ↑ уровня протеина S и тканевого активатора плазминогена

Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Баженов В.Н. Флебопатический эффект комбинированных оральных контрацептивов и его медикаментозная коррекция.

Российский вестник акушера-гинеколога. 2008;8(1):72-74.
В ходе данного исследования показано, что что препараты КОК обладают флебопатическим эффектом.

Богачёв В.Ю. Гормоноиндуцированная флебопатия. Новая проблема современной флебологии. Ангиология и сосудистая хирургия. 2002;8(3):50-54
• У пациентов, принимающих различные варианты КОК (моно-, двух-, трехфазные), на фоне приема МОФФ (Детралекс®) 1000 мг/сут в течение 2,5 мес. наблюдалась (+) динамика: ↓ чувства тяжести, отека, судорог.
• Трехфазные КОК оказывают меньшее влияние на венозный тонус по результатам ФПГ.

Цуканов Ю. Т., Цуканов А. Ю., Баженов В. Н., Корниенко И. Ф., Василевич В. В. Медикаментозная коррекция негативных флеботропных эффектов гормонозаместительной терапии у женщин. Ангиология и сосудистая хирургия. Том 15 №3/2009.
Прием МОФФ (Детралекс®) в течение 2 мес. приводит к ↓ веноспецифической симптоматики, спровоцированная длительным приемом гормональных препаратов.

Иванов, Е. В. Флебопатии: этиология и лечебная тактика / Е. В. Иванов // Ангиол. и сосуд. хир. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 79–84.
Наибольший эффект в лечении гормоноиндуцированной флебопатии (по критерию ↓ окружности голени) наблюдался при такой схеме лечения, как отмена КОК + прием флеботропного препарата + назначение компрессии (по сравнению с такими схемами, как отмена КОК или отмена КОК + прием флеботропного препарата).

Arnould B, Regnault A, Perrin M. Phlebology. 2004;19(3):146.
При коррекции флебопатий наиболее эффективна длительная флеботропная терапия (МОФФ 1000 мг назначался на 6 мес., n=3995).

Профилактика
• Мониторинг флебологического статуса
• Индивидуализация подбора КОК
• Превентивный прием флеботропного препарата

COVID-19 ассоциированная флебопатия
COVID-19 → цитокиновый «шторм» → эндотелиальная дисфункция → появление расширенных ретикулярных вен и ТАЭ/веноспецифических симптомов.

Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Туркин П.Ю., Дженина О.В. COVID-19-ассоциированная флебопатия как актуальная проблема современной флебологии. Амбулаторная хирургия. 2022;19(2):13-20.
• Через 90 дней флеботропной терапии препаратом Детралекс® у пациентов, перенесших SARS-CoV-2, отмечено значимое ↓ выраженности всех веноспецифических жалоб у пациентов, за исключением расширения внутрикожных вен.
• На фоне приема МОФФ было получено ↓ провоспалительных агентов в БПВ голени.

Лечение флебопатий
• Коррекция образа жизни
• Флеботропные препараты;
• МОФФ 1000 мг/сут:
1) ликвидация транзиторного рефлюкса в 76,1% случаев;
2) ↓ калибра БПВ

• Местные веноактивные препараты и гепариноиды
• Компрессия (Grade B): гольфы 11-21 мм рт. ст.

Выводы
• Флебопатии встречаются у 15-20% женщин.
• КОК и ЗГТ служат большим фактором риска флебопатий.
• МОФФ (Детралекс®) может применяться при симптомных флебопатиях разного генеза.

ВБВТ (варикозное расширение вен малого таза)

ВБВТ:
• Синдром тазового венозного полнокровия (pelvic congestion syndrome = ХВН малого таза)
• Варикозная болезнь вен нижних конечностей с рефлюксом из системы внутренней подвздошной вены

Виды ВБВТ:
• Первичная: беременность и роды, ретрофлексия матки, генетика.
• Вторичная: ПТФС, синдром Щелкунчика, синдром Мея-Тернера, ангиодисплазии.
ПТФС – посттромбофлебитический синдром

Формы ВБВТ:
• Болевая (пелвалгия)
• Варикозная (атипичный варикоз)
• Комбинированная (пелвалгия + атипичный варикоз)
• Латентная (результаты УЗИ)

Синдром тазового венозного полнокровия (СТВП):
• хроническая пелвалгия;
• диспаурения;
• нарушения менструального цикла;
• дизурия;
• бесплодие (прямой связи не обнаружено)

Для СТВП характерна боль внизу живота и мезогастрии, которая усиливается в вертикальном положении и купируется НПВС и КОК.

Клиническое проявление СТВП – варикозное расширение вен промежности и ягодичной складки вне беременности.

Инструментальная диагностика:
• УЗИ (трансабдоминальное и чрезвлагалищное);
• КТ и МРТ;
• оварикография, лапароскопия*
**Используют при эндоваскулярном или хирургическом вмешательстве!*

• Оварикографию и лапароскопию выполняют в случае высокой вероятности СТВП с целью его одновременной хирургической коррекции!
• Консервативное лечение показано 70% пациентов с ВБВТ.
Meissner MH, Khilnani NM et al. The Symptoms-Varices-Pathophysiology classification of pelvic venous disorders: A report of the American Vein & Lymphatic Society International Working Group on Pelvic Venous Disorders. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2021 May;9(3):568-584.

Показания к консервативному лечению:
• СТВП;

• периоперационная терапия;
• противопоказания к хирургической интервенции.

Консервативное лечение:
• организация режима труда и отдыха;
• лечебная гимнастика;
• диета (повышенное содержание клетчатки и биофлавоноидов);
• компрессионная терапия;
• фармакотерапия.

Фармакотерапия:
• медроксипрогестерон ацетат 30 мг/день – 6 мес. (улучшение – 50% vs 30% в группе плацебо);
• гозерелин 3,6 мг/мес. – 6 мес. (улучшение – 70% vs 20% в группе плацебо);
• флеботоники (Детралекс®) – не < 6 мес. (улучшение – 49% vs 30% в группе плацебо);
• НПВС (обезболивание в среднем на 8 часов).

Soysal ME, Soysal S, Vicdan K, Ozer S. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. Hum Reprod. 2001 May;16(5):931-9.

Simsek M, Burak F, Taskin O. Effects of micronized purified flavonoid fraction (Daflon) on pelvic pain in women with laparoscopically diagnosed pelvic congestion syndrome: a randomized crossover trial. Clin Exp Obstet Gynecol. 2007;34(2):96-8.

Akhmetzianov RV, Bredikhin RA. Clinical Efficacy of Conservative Treatment with Micronized Purified Flavonoid Fraction in Female Patients with Pelvic Congestion Syndrome. Pain Ther. 2021 Dec;10(2):1567-1578.

Назначение препарата Детралекс® 1000 мг/сут на 2 мес. приводит к значимому ↓ специфической симптоматики СТВП.

Показания к оперативному лечению ВБВТ:
• неэффективность консервативной терапии;
• необходимость удаления атипичных варикозных вен;
• рецидивы варикозной болезни.

Виды хирургических вмешательств

Первичная ВБВТ:
• резекция гонадных вен (чрезбрюшинная, внебрюшинная, эндоскопическая);
• эмболизация;
• гистерэктомия.

Вторичная ВБВТ:
• стентирование;
• эмболизация;
• шунтирование и транспозиция.

Выводы
• ВБВТ – частое явление у женщин с родами (в т.ч. многократными) в анамнезе.
• ВБВТ – обычная находка на плановом УЗИ, в 2/3 случаев протекает бессимптомно.
• В 70% случаев эффективна консервативная терапия.
• Основной метод хирургического лечения – эмболизация.
• ВБВТ не ↑ риск венозных тромбоэмболических осложнений.

Детрагель®: краткая информация по безопасности

Состав

Гепарин натрия 100,0 МЕ, эссенциальные фосфолипиды 10,0 мг, эсцин 10,0 мг.

Показания к применению

Терапия симптомов хронических заболеваний вен. Варикозная болезнь с симптоматикой в виде боли, отеков, ощущения тяжести и усталости в ногах, ночных судорог икроножных мышц и с признаками в виде телеангиэктазий (сосудистые звездочки и сеточки) и варикозных вен. Поверхностный флебит, тромбофлебит. Гематомы при травмах, включая спортивные растяжения и ушибы. Послеоперационные гематомы без нарушения целостности кожных покровов.

Способ применения и дозы

Наружно. Гель наносят тонким слоем на проблемный участок кожи

и равномерно распределяют легкими массирующими движениями: 2-3 раза в сутки ежедневно до исчезновения симптомов.
Продолжительность лечения — не более 15 дней. Возможность проведения более длительного курса лечения определяется врачом.

Противопоказания

Гиперчувствительность к компонентам препарата, геморрагический диатез (в т.ч. тромбоцитопеническая пурпура), гемофилия, нарушение целостности кожных покровов в месте

нанесения препарата (открытые раны, язвенно-некротические поражения), ожоги, экзема, кожные инфекции. Противопоказан к применению на слизистых. Возраст до 18 лет.

Особые указания

Нанесение геля на слизистые оболочки противопоказано. Избегать попадания в глаза. При развитии аллергических реакций немедленно прекратить применение препарата и обратиться к врачу. Взаимодействие с другими лекарственными средствами*.

Нельзя наносить на кожу одновременно с другими лекарственными препаратами для наружного применения.

Беременность и период кормления грудью

До настоящего времени не было сообщений о нежелательных эффектах в отношении матери и плода при применении препарата беременными женщинами. Применение во время беременности и в период лактации возможно только в тех случаях, когда ожидаемая польза терапии для матери превышает потенциальный риск для плода, поэтому перед применением препарата следует проконсультироваться с врачом.

Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психических и физических реакций

Исследований по изучению влияния препарата на способность водить автомобиль и управлять механизмами не проводилось.

Побочное действие

Очень редко: контактный дерматит, крапивница, кожная сыпь, кожный зуд, бронхоспазм. При местном применении эсцина сообщалось о единичных случаях развития острых анафилактических реакций.

Фармакологические свойства

Комбинированный препарат, оказывает местное антикоагулянтное, противовоспалительное, венотонизирующее и антиагрегантное действие, снижает проницаемость вен, улучшает микроциркуляцию.

Форма выпуска

Гель для наружного применения.

Номер регистрационного удостоверения: ЛП-001044.

**Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.*

Детралекс®: краткая информация по безопасности

Состав

• Очищенная микронизированная флавоноидная фракция 500 мг: диосмин 450 мг, флавоноиды в пересчете на гесперидин 50 мг.
• Очищенная микронизированная флавоноидная фракция 1000 мг: диосмин 900 мг, флавоноиды в пересчете на гесперидин 100 мг.

Показания к применению

Терапия симптомов хронических заболеваний вен (устранение и облегчение симптомов).
Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности: боль, судороги нижних конечностей, ощущение тяжести и распирания в ногах, «усталость» ног.
Терапия проявлений венозно-лимфатической недостаточности: отеки нижних конечностей, трофические изменения кожи и подкожной клетчатки, венозные трофические язвы.
Симптоматическая терапия острого и хронического геморроя.

Способ применения и дозы

Венозно-лимфатическая недостаточность – 1000 мг в сутки.
Острый геморрой – до 3000 мг в сутки.
Хронический геморрой – 1000 мг в сутки.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к активным компонентам или к вспомогательным веществам, входящим в состав препарата.
Беременность и период грудного вскармливания (опыт применения ограничен или отсутствует).
Детский возраст до 18 лет (опыт применения отсутствует).

Дополнительно для Детралекс® суспензия 1000 мг: Непереносимость фруктозы.

Особые указания

Назначение препарата не заменяет специфического лечения заболеваний прямой кишки и анального канала. Если симптомы геморроя сохраняются после рекомендуемого курса лечения, следует пройти осмотр у проктолога, который подберет дальнейшую терапию.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Не отмечалось. Следует информировать лечащего врача обо всех принимаемых препаратах.

Беременность/Период грудного вскармливания

Предпочтительно не применять препарат.

Влияние на способность управлять транспортными средствами, механизмами

Не влияет.

Побочное действие

Часто: диарея, диспепсия, тошнота, рвота.
Нечасто: колит.
Редко: головокружение, головная боль, общее недомогание, кожная сыпь, кожный зуд, крапивница.
Неуточненной частоты: боль в животе, изолированный отек лица, губ, век.
В исключительных случаях – ангионевротический отек.

Фармакологические свойства

Детралекс® обладает венотонизирующим и ангиопротективным свойствами. Препарат уменьшает растяжимость вен и венозный застой, снижает проницаемость капилляров и повышает их резистентность.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Номер регистрационного удостоверения: ЛП-003635, ЛП-004247, П N011469/01.

**Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата или получите консультацию специалиста.*