

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА: ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

ГАВРИЛОВ С.Г., ТУРИЩЕВА О.О.

*Кафедра факультетской хирургии, урологии лечебного факультета Российского национально-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

*В обзоре литературы приведены сведения о различных консервативных методах лечения варикозной болезни таза. Авторами представлен анализ эффективности применения нестероидных противовоспалительных средств, производных алкалоидов спорыньи, гормональных препаратов, флебопротекторов, компрессионной терапии в лечении варикозной болезни таза, а также показаний к проведению фармакотерапии. Обращено внимание на критически малое количество исследований, посвященных данному вопросу. Подчеркнута необходимость проведения крупных мультидисциплинарных исследований, посвященных возможностям нехирургического лечения варикозной болезни таза.*

**Ключевые слова:** *варикозная болезнь таза, фармакотерапия, консервативное лечение, хроническая тазовая боль.*

Варикозная болезнь таза (ВБТ) характеризуется расширением внутритазовых венозных сплетений, гонадных вен и в 60–70% случаев сопровождается формированием синдрома тазового венозного полнокровия [1, 2]. Наиболее ярким и драматичным симптомом заболевания служит хроническая тазовая боль (ХТБ). Согласно данным Latthe P. с соавт. (2006) тазовая боль является причиной жалоб 24% женщин репродуктивного возраста и причиной обращения к гинекологу 40% женщин [3]. По мнению Olson C. с соавт. (2007) у 30% женщин с необъяснимыми тазовыми болями их причиной может служить синдром тазового венозного полнокровия [4]. Пелвалгии в 45% случаев являются основанием для выполнения лапароскопии, при этом в 55% наблюдений это исследование не выявляет очевидной причины ХТБ [5, 6]. Основные усилия клиницистов в лечении ВБТ направлены на купирование именно тазовой боли. Предложены разнообразные способы коррекции ВБТ: от лечебной гимнастики и психотерапии до реконструктивных операций на тазовых венозных магистралах, левой почечной вене. Несмотря на значительную вариабельность результатов эндовазальной эмболизации гонадных вен (купирование боли в 47–100% случаев), подавляющее количество публикаций посвящено именно этой лечебной тактике [7–9]. В доступной медицинской литературе мы не обнаружили четких указаний, когда следует использовать консервативные, медикаментозные

методы лечения, а в каких случаях необходимо хирургическое вмешательство. Вместе с тем 17-летний опыт работы факультетской хирургической клиники им. С.И. Спасокукоцкого в области диагностики и лечения ВБТ позволяет утверждать, что 70% пациенток с данной патологией нуждаются в проведении только консервативной терапии; операция им не показана в принципе в связи с ограниченным поражением только вен матки и параметрия [10]. Органоуносящие операции (гистерэктомия, овариэктомия) не находятся в ведении сосудистых хирургов и флебологов, поэтому мы не рассматриваем их как способ лечения ВБТ. Кроме того, выполнение указанных вмешательств у женщин репродуктивного возраста с тазовой болью, обусловленной варикозной трансформацией тазовых и гонадных вен, следует признать неоправданными, бесперспективными и калечащими, т.е. ликвидирующими фертильность женщин [11]. Напротив, рациональное использование различных нехирургических способов лечения у пациенток с изолированным расширением маточных и параметральных вен позволяет избавиться их от ХТБ, существенно повысить качество жизни и социальную активность.

### ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Как указано выше, нами не обнаружены публикации (помимо исследований, проведенных в нашей

клинике), в которых были бы сформулированы четкие показания к проведению только консервативного лечения. Вместе с тем анализ медицинской литературы, посвященной этой проблеме, показал, что медикаментозное лечение авторы проводили в случае наличия у пациенток клинической картины ВБТ и верификации варикозной трансформации тазовых вен с помощью ультразвукового ангиосканирования, тазовой флебографии, овариографии, компьютерной томографии и лапароскопии [12–16]. Распространенность поражения тазовых вен, диаметр гонадных, маточных, параметральных вен не имели значения, авторы исследовали лишь возможность влияния различных медицинских препаратов на выраженность тазовой боли. Кроме того, в указанных работах отсутствуют указания о дальнейшей тактике лечения пациенток, у которых консервативная терапия не имела успеха, либо эффект был незначителен. Таким образом, на основании данных литературы можно заключить, что в настоящее время консервативная терапия служит первичным звеном лечения ВБТ, её применение обосновано у женщин с клиническими признаками заболевания и расширением и рефлюксом крови по тазовым и гонадным венам, выявленных при ультразвуковых либо рентгеноконтрастных исследованиях тазовых вен.

Вместе с тем, хотелось бы отметить, что исследования, проведенные в нашей клинике, продемонстрировали наилучшую эффективность медикаментозного лечения у пациенток с ВБТ и изолированным расширением тазовых венозных сплетений, без вовлечения в патологический процесс гонадных вен [17]. Больным же с клапанной недостаточностью целесообразно выполнение хирургических вмешательств на яичниковых венах, т.к. другие способы лечения либо незначительно улучшают самочувствие пациенток, либо вообще не оказывают никакого влияния на течение заболевания. Кроме того, остается открытым вопрос о способах лечения больных с асимптомной формой заболевания, когда на фоне расширения тазовых вен (порой значительного) и выявления патологического рефлюкса крови по этим венам в ходе ультразвукового ангиосканирования какие-либо другие признаки болезни отсутствуют. В литературе данный вопрос не освещен вообще. На наш взгляд, само существование варикозных вен малого таза уже представляет опасность как в плане возможного формирования в последующем синдрома тазового венозного полнокровия, нарушения репродуктивной функции женщин, так и в отношении развития возможных венозных тромбоэмболических осложнений после хирургических вмешательств на органах малого таза, в ходе проведения заместительной гормональной

терапии, во время беременности и послеродовом периоде.

Отдельного внимания заслуживает консервативное лечение, в первую очередь – флеботропное, у беременных женщин с диагностированной ранее ВБТ. По мнению ряда авторов, основанием для использования флебоактивных препаратов у данной категории больных служит выявление признаков фетоплацентарной недостаточности [18, 19]. Мальцева Л.И. с соавт. (2012) считают целесообразным применение флебопротекторов у женщин с варикозной трансформацией тазовых вен и воспалительными заболеваниями внутренних половых органов [20].

### **ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА**

#### **Нестероидные противовоспалительные препараты**

О возможностях применения ненаркотических анальгетиков, в первую очередь – нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в лечении ХТБ указывают многочисленные авторы [21–26]. Безусловным достоинством данных лекарственных препаратов служит быстрое воздействие на боль. Впрочем, на этом и заканчиваются преимущества НПВС в лечении ХТБ, и на первый план выходят побочные эффекты, вызываемые ими: желудочно-кишечные расстройства, желудочно-кишечные кровотечения, отрицательное влияние на гемопоез, вплоть до формирования агранулоцитоза при длительном применении НПВС [2, 21–26]. Оптимальным способом применения данных препаратов служит использование ректальных суппозиторий. Длительность приема нестероидных анальгетиков лимитирована 5–7 днями [26].

#### **Гидрированные производные алкалоидов спорыньи**

Дигидроэрготамин использовали в лечении варикозной болезни нижних конечностей еще в 80-х годах прошлого столетия [27]. Это альфа-адреноблокатор, обладающий вазоконстрикторными свойствами. Он вызывает уменьшение диаметра вен и повышает их тонус, селективно сужает внутреннюю и наружную сонные артерии [26]. В исследовании Schuller-Petrovic S. с соавт. (1994) продемонстрирована одинаковая эффективность применения дигидроэрготамина и троксерутина в сравнении с плацебо у больных с варикозной болезнью нижних конечностей [28]. Reginald P.W. с соавт. (1987) и Stones R.W. с соавт. (1990) использовали внутривенное введение 1 мл дигидроэрготамина у пациенток с ВБТ и тазовыми болями. С помощью ультразвукографии и тазовой флебографии они зафиксировали сужение вен матки и параметрию на 21–35%, существенное уменьшение ХТБ у 95% больных в течение 10 дней лечения [29, 30]. Вместе с тем, в

работах не указаны долгосрочность эффекта применения препарата, частота выявления побочных реакций, характерных для данного лекарственного средства – желудочная диспепсия, головная боль, головокружение, аритмии, провокации приступа стенокардии [26]. Анализ литературы последних 20 лет показал отсутствие работ, посвященных применению дигидроэрготамина и его производных в лечении хронических заболеваний вен. Возможно, это объясняется именно побочными эффектами данного препарата и нестойким лечебным эффектом.

#### Флебопротекторные препараты

Эффективность использования веноактивных лекарственных средств в лечении ВБТ признается многими исследователями и приобретает все большую популярность среди практикующих врачей [31, 32]. Это закономерно, учитывая общие механизмы развития варикозной болезни таза и нижних конечностей: наследственный фактор, тканевая гипоксия, дисфункция эндотелия, лейкоцитарная агрессия, клапанная недостаточность и расширение венозных стволов – неотъемлемые компоненты формирования варикозной трансформации вен таза и нижних конечностей [25, 33]. Современные флебопротекторы обладают венотонизирующей, противовоспалительной, анальгезирующей активностью, они способствуют улучшению микроциркуляторных процессов, реологических свойств крови [34, 35]. Исследованиями Цуканова Ю.Т. с соавт. (2015), Serfaty D. с соавт. (1997), Simsek M. с соавт. (2007), Gavrilov S.G. с соавт. (2015) убедительно доказана высокая эффективность микронизированной очищенной флавоноидной фракции (детралекс) в купировании клинических симптомов ВБТ, улучшении венозного оттока из органов малого таза. Авторы сообщают о значительном снижении выраженности ХТБ в среднем через 2–4 недели от начала флеботропного лечения, уменьшении диаметра тазовых вен и степени депонирования крови в тазовых венозных сплетениях [14, 17, 32, 34].

По мнению авторов, использование детралекса является высокоэффективным методом лечения ВБТ у 88–100% больных [17, 32, 33]. В вышеуказанных работах сообщено о крайне редких побочных реакциях терапии с применением детралекса (не более 5%), которые заключались в возникновении болей в верхних отделах живота, тошноты, крапивницы, умеренно выраженной диареи. Данные явления купировались самостоятельно после отмены препарата, без какого-либо специального лечения. Более того, пациентки с желудочной диспепсией возобновляли использование препарата через 2–3 дня, принимая его во время употребления пищи [17].

Применение флебоактивных препаратов отра-

жено в исследованиях, посвященных профилактике и лечению фетоплацентарной недостаточности у пациенток с ВБТ [18, 19, 36, 37]. Авторы использовали для лечения данного осложнения беременности синтетический диосмин, при этом отмечено улучшение кровоснабжения матки и плода по данным доплерографии и оценки биофизического профиля плода. В работах не указано о каких-либо побочных эффектах применения синтетического диосмина.

#### Гормональное лечение

Обоснованием применения гормональных препаратов в лечении ВБТ является наличие гормонального дисбаланса у таких больных, необходимость устранения вазодилатирующего эффекта прогестерона путем создания искусственного гипоэстрогенного состояния [16]. Следует заметить, что основным фактором развития ВБТ служат одни и более беременности и роды, во время которых, безусловно, наблюдается выраженное увеличение концентрации прогестерона в крови [25]. Чаще всего именно после беременности и родов происходит развитие варикозной болезни нижних конечностей. Вместе с тем, никто не использует в лечении патологии вен нижних конечностей гормональные препараты. Кроме того, в доступной медицинской литературе нет убедительных данных, указывающих на безусловное повышение уровня прогестерона и эстрадиола у пациенток с ВБТ. Тем не менее, имеется 3 рандомизированных клинических исследования, посвященных эффективности применения медроксипрогестерона, гозелерина и импланона в лечении больных ВБТ [15, 16, 38].

Faqrhar С.М. с соавт. (1989) сообщили об эффективности применения медроксипрогестерона в сочетании с психотерапией в течение 6 месяцев у 73% больных ВБТ. Soysal М.Е. с соавт. (2001) отметили положительный эффект шестимесячного лечения медроксипрогестероном и гозелерином у 65% пациенток. Shokeir Т. с соавт. (2009) продемонстрировали значительное снижение (с 7,7 до 2,4 баллов) тазовой боли у больных ВБТ в 85% случаев при подкожном использовании гормонального контрацептива импланона в течение 12 месяцев [15, 16, 38]. Авторы представленных исследований не сообщают о частоте и выраженности побочных реакций в ходе проведения гормональной терапии, а они, безусловно, должны быть при использовании препаратов, столь значимо влияющих не только на гормональный фон женщины, но и на костно-суставную и сосудистую системы, тромбогенный потенциал крови. В частности, импланон противопоказан при наличии в анамнезе венозных тромбозомболических осложнений, тромбофилиях, заболеваниях печени [26]. Кроме того, использованная в исследованиях Faqrhar

С.М. и Soysal M.E. гормонотерапия сопровождается аменореей, импланон подавляет овуляцию, т.е. применение данных способов лечения ВБТ исключает одну из важнейших физиологических функций женщины – репродукцию. В связи с этим рекомендовать гормональное лечение пациенткам с ВБТ следует крайне избирательно, с учетом всех pro et contra. По-видимому, предложенная авторами гормонотерапия обоснована у больных с дисфункцией яичников, дисменореей, эндометриозом в сочетании с варикозной трансформацией вен таза. Совершенно очевидно, что у женщин репродуктивного возраста данный метод лечения венозной тазовой боли нельзя признать адекватным и безопасным.

### Психотропные препараты

Лекарственные средства психоактивного действия широко используют в лечении тазовой боли [39–41]. Применение данных препаратов обусловлено их возможностью блокирования ноцицептивной импульсации, обратного захвата нейромедиаторов пресинаптическими нервными окончаниями нейронов, снижения функциональной активности бета-адренергических и серотониновых рецепторов мозга [26]. В исследовании Sator-Katzenschlager S.M. с соавт. (2005) доказана эффективность длительного применения габапентина и amitриптилина в лечении тазовой боли, в том числе и венозного генеза [42]. У пациенток с ВБТ и длительно существующим болевым синдромом зачастую имеются явления маскированной депрессии, угнетенного состояния, признаки социальной дезадаптации. В связи с этим, очевидно, применение психотропных препаратов у данной категории больных вполне обосновано [43].

### КОМПРЕССИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Данный способ лечения давно и с успехом применяют при любой хронической и острой венозной патологии. Эффективность компрессионной терапии многократно доказана и представлена в многочисленных исследованиях [44–47]. Упоминания о возможности положительного воздействия эластической компрессии нижних конечностей на клиническое течение ВБТ и венозный отток из органов малого таза встречаются в медицинской литературе, но какие-либо подтверждения данного постулата отсутствовали [1]. До настоящего времени существует единственное исследование, посвященное возможностям компрессионного лечения ВБТ [48]. В нем авторы доказали эффективность компрессионных шорт 2 класса в купировании ХТБ у пациенток с ВБТ. Кроме того, выявлена неэффективность применения компрессионных чулок 2 класса при варикозной трансформации тазовых вен. Вместе с тем в работе указано, что в случае сочетания варикозной болезни

таза и нижних конечностей целесообразно комбинированное применение компрессионных чулок и шорт 2 класса компрессии.

### ПРОЧИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В доступной медицинской литературе имеются сообщения о положительном влиянии лечебной гимнастики, мембраностабилизаторов, дезагрегантов и витаминов на клиническое течение ВБТ [49–51]. Авторы приводят различные схемы и комбинации физических и медикаментозных способов лечения, но их эффективность нуждается в дополнительном изучении.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные в настоящей работе данные свидетельствуют о широких возможностях консервативного лечения ВБТ. Существуют различные по своему действию и эффективности лекарственные препараты, применение которых позволяет избавить пациенток от такого тяжелого симптома заболевания как хроническая тазовая боль. Наряду с этим всегда следует помнить, что треть пациенток с ВБТ резистентны к консервативным лечебным методикам в связи с распространенностью варикозной трансформации тазовых вен, ее сочетания с клапанной недостаточностью гонадных вен и, соответственно, нуждаются в хирургическом лечении. Поэтому в таких случаях не следует тратить время, силы и, что немаловажно, деньги на использование длительного и бесперспективного медикаментозного лечения. Кроме того очевидно, что количество исследований, посвященных проблеме фармакотерапии и компрессионного лечения ВБТ критически мало, в особенности в сравнении с таковыми при хронических заболеваниях вен нижних конечностей. В связи с этим необходимо дальнейшее развитие этого направления, проведение крупных мультидисциплинарных исследований, направленных на изучение возможностей венотонической, компрессионной терапии варикозной болезни таза, разработку новых подходов в лечении данной патологии.

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. В.С. Савельева. М: Медицина. 2001.
2. *Champaneria R., Shah L., Moss J., et al.* The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness. *Health Technol. Assess.* Jan. 2016; 20(5): 1–108.
3. *Latthe P., Latthe M., Say L., et al.* Who systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006; 6–177.

4. **Olson C., Schnatz P.F.** Evaluation and Management of Chronic Pelvic Pain in Women. *J. Clin. Outcomes Manage.* Oct. 2007; 14(10): 563–574.
5. **Daniels J.P., Khan K.S.** Chronic pelvic pain in women. *Br. Med. J.* 2010; 341: 4834.
6. **Howard F.M.** The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 1993; 48: 357–387.
7. **Laborda A., Medrano J., de Blas I., et al.** Endovascular treatment of pelvic congestion syndrome: visual analog scale (VAS) long-term follow-up clinical evaluation in 202 patients. *Cardiovasc. Interv. Radiol.* Aug. 2013; 4: 36: 1006–1014.
8. **Lopez A.J.** Female Pelvic Vein Embolization: Indications, Techniques, and Outcomes. *Cardiovasc. Interv. Radiol.* Aug. 2015; 4: 38: 806–820.
9. **Pieri S., Agresti P., Morucci M., de'Medici L.** Percutaneous treatment of pelvic congestion syndrome. *Radiol. Med.* Jan–Feb. 2003; 1–2: 105: 76–82.
10. **Савельев В.С., Кириченко А.И., Ревякин В.И., Гаврилов С.Г. и др.** Выбор метода лечения варикозной болезни вен малого таза. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2005; 6: 24–30.
11. **Lechter A.** Pelvic and vulvar varices: pelvic congestion syndrome. In: Goldman M.P., Weiss R.A., Bergan J.J. (eds). *Varicose veins and telangiectasias. Diagnosis and treatment.* 2nd ed. St. Louis: Quality Medical Publishing. 1999: 425–448.
12. **Мозес В.Г.** Эффективность Детралекса при консервативном лечении варикозного расширения вен малого таза у женщин. *Фарматека.* 2005; 16 (111): 8–9.
13. **Stones R.W., Rae T., Rogers V., et al.** Pelvic congestion in women: evaluation with transvaginal ultrasound and observation of venous pharmacology. *Br. J. Radiol.* Sep.1990; 63(753): 710–711.
14. **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): 96–98.
15. **Shokeir T., Amr M., Abdelshaheed M.** The efficacy of Implanon for the treatment of chronic pelvic pain associated with pelvic congestion: 1-year randomized controlled pilot study. *Arch. Gynecol. Obstet.* Sep. 2009; 280(3): 437–443.
16. **Soysal M.E., Soysal S., Vicdan K., Ozer S.** A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. *Human Reproduction.* 2001; 16(5): 931–939.
17. **Gavrilov S.G., Karalkin A.V., Moskalenko E.P.** Micronized Purified Flavonoid Fraction in the treatment of pelvic pain associated with pelvic varicose veins. *Phlebolympology.* 2015; 22: 2: 76–81.
18. **Луценко Н.С., Кудыльчак Е.Х., Островский К.В., Потебня В.Ю.** Эффективность комплексной терапии нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока. Запорожский медицинский журнал. 2010; 12: 3: 24–26.
19. **Грищенко О.В., Лахно И.В., Овчаренко А.Т., Дудко В.Л.** Обоснование необходимости применения венотонических препаратов у беременных женщин с фетоплацентарной недостаточностью. Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия «Медицина». 2005; 11(705): 22–27.
20. **Мальцева Л.И., Смолина Г.Р., Юнатов Е.Ю.** Хронический эндометрит и тазовая боль. Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 6: 3: 23–27.
21. **Боль.** Руководство для студентов и врачей под ред. акад. Яхно Н.Н. М.: Медпресс-информ. 2010; 304.
22. **Beard R.W., Reginald P.W., Pearce S.** Pelvic pain in women. *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed).* 1986; 283:160–162.
23. **Kies D.D., Kim H.S.** Pelvic congestion syndrome: a review of current diagnostic and minimally invasive treatment modalities. *Phlebology.* 2012; 27(Suppl 1): 52–57.
24. **Nicholson T., Basile A.** Pelvic congestion syndrome, who should we treat and how? *Tech. Vasc. Interv. Radiol.* Mar. 2006; 9(1): 19–23.
25. **Cheong Y., William Stones R.** Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol.* 2006; 20: 695–711.
26. Государственный реестр лекарственных средств. М: Медицина. 2006; 3576.
27. **Partsch H.** Dihydroergotamine improves the venous pump in varicose veins. *Med. Klin.* Feb1.1980; 3: 75: 122–123.
28. **Schuller-Petrovic S., Wolzt M., Böhler K., et al.** Studies on the effect of short-term oral dihydroergotamine and troxerutin in patients with varicose veins. *Clin. Pharmacol. Ther.* Oct. 1994; 56(4): 452–459.
29. **Reginald P.W., Beard R.W., Kooner J.S., et al.** Intravenous dihydroergotamine to relieve pelvic congestion with pain in young women. *Lancet.* Aug 15 1987; 2(8555): 351–353.
30. **Stones R.W., Rae T., Rogers V., et al.** Pelvic congestion in women: evaluation with transvaginal ultrasound and observation of venous pharmacology. *Br. J. Radiol.* Sep. 1990; 63(753): 710–711.
31. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология.* 2013; 7: 2: 18–20.
32. **Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Левданский Е.Г.** Результаты применения микронизированной очищенной флавоноидной фракции при вторичном варикозном расширении вен малого таза. *Флебология.* 2015; 3: 9: 34–40.
33. **Langeron P.** Congestion pelvic syndrome, pelvic veins (varicocele): hemodynamic, pathogenetic and clinical problems. *Phlebologie, Annales Vasculaires,* Avril-Juin. 2000; 2: 155–159.
34. **Serfaty D., Magneron A.C.** Premenstrual syndrome in

- France: epidemiology and Therapeutic effectiveness of 1000 mg of micronized purified flavonoid fraction in 1473 gynecological patients. *Contracept. Fertil. Sex. Jan.* 1997; 25(1): 85–90.
35. **Hnátěk L.** Therapeutic potential of micronized purified flavonoid fraction (MPFF) of diosmin and hesperidin in treatment chronic venous disorder. *Vnitr. Lek. Sep.* 2015; 61(9): 807–814.
36. **Проданова Е.В., Рогожина И.Е., Чехонская М.Л., Гришавева Л.А.** Сравнительная доплерометрическая оценка эффективности терапии беременных с фетоплацентарной недостаточностью. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2011; 2: 79–82.
37. **Джобавва Э.М., Степанян А.В., Панайотиди Д.А. и др.** Особенности течения, диагностики и терапии плацентарной недостаточности при варикозной болезни. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2011; 5: 4: 13–19.
38. **Farquhar C.M., Rogers V., Franks S., et al.** A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate and psychotherapy for the treatment of pelvic congestion. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1989; 96: 1153–1162.
39. **Poterucha T.J., Murphy S.L., Rho R.H., et al.** Topical amitriptyline-ketamine for treatment of rectal, genital, and perineal pain and discomfort. *Pain. Physician.* Nov–Dec. 2012; 15(6): 485–488.
40. **Brown C.S., Franks A.S., Wan J., Ling F.W.** Citalopram in the treatment of women with chronic pelvic pain: an open-label trial. *J. Reprod. Med.* Mar. 2008; 3: 53: 191–195.
41. **Jackson J.L., O'Malley P.G., Kroenke K.** Antidepressants and cognitive-behavioral therapy for symptom syndromes. *CNS Spectr.* Mar. 2006; 3: 11: 212–222.
42. **Sator-Katzenschlager S.M., Scharbert G., Kress H.G., et al.** Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. *Wien. Klin. Wochenschr.* Nov. 2005; 21–22: 117: 761–768.
43. **Edlundh K.O., Jansson B.** Pelvic congestion syndrome a preliminary psychiatric report. *J. Psychosom. Res. Sep.* 1966; 10(2): 221–229.
44. **Clark M.** Compression bandages: principles and definitions. In: EWMA Position document. Understanding compression therapy. London: MEP Ltd. 2003; 5–7.
45. **Geest A.J., Framken C.P.M., Neumann H.A.M.** Medical elastic compression stockings treatment of venous insufficiency. *Elsner P., Hatch K., Wigger–Alberti W. (eds). Textiles and the Skin. Curr. Probl. Dermatol. Basel, Karger.* 2003; 31: 98–107.
46. **Partsch H., Winiger J., Lun B.** Compression stockings reduce occupational leg swelling. *Dermatol. Surg.* 2004; 30: 737–743.
47. **Partsch H.** Compression Therapy: Clinical and Experimental Evidence. *Ann. Vasc. Dis.* 2012; 5: 4: 416–422.
48. **Гаврилов С.Г., Каралкин А.В., Беляева Е.С. и др.** Компрессионное лечение варикозной болезни таза. *Флебология.* 2015; 9: 5: 13–19.
49. **Мозес В.Г.** Лечебная гимнастика в терапии варикозного расширения вен малого таза у женщин в различные возрастно-биологические периоды жизни. *Вестник восстановительной медицины.* 2006; 2: 40–42.
50. **Рымашевский Н.В., Маркина В.В., Волков А.Е. и др.** Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин. *Ростов-на-Дону.* 2000; 163.
51. **Хроническая тазовая боль.** Руководство для врачей под ред. Беловой А.Н., Крупина В.Н. М: Антидор. 2007; 572.

**CONSERVATIVE TREATMENT OF PELVIC VARICOSE VEINS:  
INDICATIONS FOR AND POSSIBILITIES OF THERAPY**

**Gavrilov S.G., Turishcheva O.O.**

*Chair of Faculty Surgery, Urology of the Therapeutic Faculty of the Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia*

*The article is a literature review containing the data on various conservative methods of treatment for pelvic varicose veins. The authors present herein analysis of efficacy of using non-steroidal anti-inflammatory drugs, derivatives of ergot alkaloids, hormonal drugs, phleboprotectors, compression therapy in treatment of pelvic varicose veins, as well as indications for carrying out pharmacotherapy. Attention is drawn to the critically scarce number of studies dedicated to this issue, underlying the necessity of carrying out large multidisciplinary studies aimed at investigating the possibilities of non-surgical treatment of pelvic varicose veins.*

**Key words:** *pelvic varicose veins, pharmacotherapy, conservative treatment, chronic pelvic pain.*

---

---