

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ДЕТРАЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН ТАЗА

АХМЕТЗЯНОВ Р.В., БРЕДИХИН Р.А.

*Межрегиональный клинико-диагностический центр,  
Курс сердечно-сосудистой хирургии Казанского государственного медицинского университета, Казань,  
Россия*

*Представлены результаты консервативного лечения пациенток с варикозной болезнью вен таза препаратом Детралекс. В открытое проспективное исследование включено 30 женщин с различными формами течения заболевания. Всем пациенткам был назначен препарат Детралекс в дозе 1000 мг на 60 дней.*

*Динамическая оценка клинических проявлений варикозной болезни вен таза у этой группы пациенток проводилась с использованием специализированного опросника качества жизни, адаптированной клинической шкалы определения тяжести заболевания, а также визуально-аналоговой шкалы оценки основных симптомов проявления болезни. Опросники и шкалы заполнялись перед началом приема препарата и непосредственно после его окончания.*

*Объективно доказана эффективность консервативной терапии у большинства респондентов. Отмечали снижение среднего показателя качества жизни с  $46,77 \pm 13,25$  до  $36,87 \pm 8,53$  баллов ( $p=0,001$ ). Средний балльный показатель клинической шкалы определения тяжести заболевания регрессировал с  $10,8 \pm 5,06$  до  $6,97 \pm 3,9$  баллов ( $p=0,002$ ). Средний суммарный показатель выраженности основных симптомов заболевания по визуально-аналоговой шкале уменьшился с  $32,9 \pm 21,26$  до  $19,16 \pm 16,04$  баллов ( $p=0,006$ ).*

*Отмечено значимое уменьшение тяжести проявления основных клинических симптомов и улучшение качества жизни пациенток на фоне приема препарата, что свидетельствует об эффективности его использования при данном патологическом состоянии. Полученные данные позволяют рекомендовать рутинное назначение препарата Детралекс всем пациенткам с выявленным варикозным расширением вен таза в качестве одного из основных компонентов базовой фармакотерапии.*

**Ключевые слова:** *варикозная болезнь вен таза, хронические тазовые боли, качество жизни, клиническая шкала тяжести заболевания, визуально-аналоговая шкала, Детралекс.*

### ВВЕДЕНИЕ

Варикозная болезнь вен таза (ВБВТ), в англоязычной литературе более известная как pelvic congestion syndrome (синдром тазового венозного полнокровия), является самостоятельной нозологической формой, свидетелями проявлений которой в первую очередь являются сосудистые хирурги и гинекологи. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений болезни приводит к частой и длительной курации этой группы пациенток врачами других специальностей. Несмотря на успехи, произошедшие в последнее время при изучении ВБВТ, у большинства специалистов нет четких представлений о клинической картине и методах лечения данного заболевания [1, 2].

Варикозная болезнь вен таза — это расширение овариальных вен, вен гроздевидного сплетения, аркуатных вен и внутритазовых венозных сплетений

[3]. Данная патология встречается во все биологические периоды жизни женщин и не имеет тенденции к снижению. Заболевание наблюдается у 10–25% женщин репродуктивного возраста. По различным данным частота ВБВТ в этой популяции может колебаться от 5,4 до 80% [4, 5]. Как известно, существует три формы течения заболевания: болевая, безболевая и латентная [3]. При болевой форме наиболее ярким и ведущим проявлением болезни является пелвалгический синдром — синдром хронических тазовых болей с его многообразием и неспецифичностью проявлений. Безболевая форма характеризуется наличием схожих, но гораздо менее выраженных ощущений, которые пациентки описывают как дискомфорт в нижних отделах живота. Латентная (от лат. *latentis* — скрытый, невидимый) или бессимптомная форма заболевания наблюдается при отсутствии клинических жалоб у пациентки

на фоне выявленных анатомо-морфологических аспектов ВБВТ.

Таким образом, объектом приложения диагностических и лечебных мероприятий в первую очередь являются пациентки с болевой формой ВБВТ, вследствие снижения качества жизни (КЖ), выраженного ограничения физической и социальной активности, а также дезадаптации брачно-семейной функции. Больные с безболевым вариантом заболевания обращаются за медицинской помощью гораздо реже. При латентной форме патология чаще определяется при выполнении ультразвукового обследования. Необходимость назначения лечебных мероприятий у последней категории пациенток является достаточно дискуссионной. Женщины с латентной формой заболевания вызывают наибольший интерес со стороны гинекологов в плане направления их к сосудистому хирургу. При этом последние, вследствие отсутствия активных жалоб со стороны пациентки, не всегда считают оправданным назначение фармакотерапии. Это убеждение основано на аналогии с лечением варикозного расширения вен нижних конечностей, когда основным показанием к назначению базисной флеботропной терапии служит наличие симптомных форм болезни.

Одним из ключевых моментов консервативной терапии хронических заболеваний вен является фармакотерапия, преследующая цель устранения микроциркуляторных расстройств и нормализации гемореологии, купирования воспалительных расстройств, повышения тонуса вен и улучшения лимфодренажной функции [6]. Вследствие этого, основная роль в медикаментозном лечении ВБВТ принадлежит флеботоническим препаратам на основе диосмина и гесперидина, так называемым биофлавоноидам. Одним из известных медикаментов данной группы является препарат Детралекс производства «Лаборатории Сервье Индастри», Франция. Препарат содержит 90% диосмина и 10% флавоноидов в пересчете на гесперидин. Патологическим компонентом тазовой боли женщины с ВБВТ является нарушение венозной гемодинамики вследствие застоя крови в малом тазу. Применение препарата Детралекс позволяет нормализовать венозный тонус с восстановлением физиологического тазового кровообращения, а также купировать симптомы хронической тазовой боли и тяжести в малом тазу [7–9].

Целью исследования явилась клиническая оценка эффективности консервативного лечения препаратом Детралекс 1000 мг пациенток с различными формами ВБВТ.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2016 по 2017 гг. на базе отделения сосудистой хирургии Государственного автономного

учреждения здравоохранения «Межрегиональный клиничко-диагностический центр» проведено открытое проспективное исследование клинической эффективности применения препарата Детралекс у женщин с ВБВТ.

В клиническом исследовании приняли участие 30 пациенток. Возраст пациенток варьировал от 21 до 42 лет и составил в среднем  $33,7 \pm 4,5$  года. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 16 лет (в среднем  $4,7 \pm 3,5$  лет). Дебют заболевания наступил в возрасте от 16 лет до 41 года (в среднем  $29 \pm 5,4$  лет). Каждая из женщин имела до трех факторов риска, связанных с особенностями трудовой деятельности (вынужденное положение сидя или стоя в течение рабочего дня, тяжелый физический труд, переохлаждение, перегревание, хронический стресс) и до двух факторов, обусловленных состояниями и заболеваниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления (хронические болезни дыхательных путей, запоры, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта).

Индекс массы тела колебался от 16,9 до 33,03 кг/м<sup>2</sup> (в среднем  $21,9 \pm 2,8$  кг/м<sup>2</sup>). При этом подавляющее число женщин – 22 (73,3%) – обладали стройной фигурой с нормальной массой тела, у 3 (10%) отмечался дефицит массы тела, у 4 (13,3%) – избыточная масса и у 1 (3,3%) – ожирение 1 степени.

Наступление менархе пациентки регистрировалось в возрасте от 9 до 17 лет (в среднем  $13,1 \pm 1,1$  лет). Длительность менструального цикла составляла от 24 до 31 дня (в среднем  $27,6 \pm 1,2$  дня) с продолжительностью непосредственно менструальной фазы от 3 до 9 дней (в среднем  $5 \pm 1,3$  дня). На момент проведения исследования 4 (13,3%) человека применяли средства гормональной контрацепции длительно до 5 лет. У 27 (90%) женщин в анамнезе было от 1 до 5 беременностей, 3 (10%) женщины не беременели. У 4 (13,3%) пациенток было по 1 выкидышу, 12 (40%) исследуемых имели от 1 до 3 аборт.

Единственным критерием включения в исследование являлось наличие варикозного расширения вен таза. Верификацию диагноза проводили путем ультразвукового дуплексного трансвагинального и трансабдоминального сканирования. Признаком ВБВТ считали расширение яичниковой вены более 5 мм в сочетании с ее клапанной недостаточностью, а также расширение вен тазовых сплетений более 5 мм [10, 11].

Критериями невключения пациенток в исследование было наличие следующих сопутствующих заболеваний: выраженная патология со стороны желудочно-кишечного тракта, системы кровотока, терминальные стадии сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной и печеночной недостаточности, злокачественные новообразования IV ст., облитери-

рующие заболевания артерий нижних конечностей, сахарный диабет любого типа. Также в исследование не включались пациентки с беременностью.

Для исключения субъективных факторов все пациентки, включенные в исследование, исходно не были осмотрены сосудистым хирургом. В первую очередь они были обследованы в отделении ультразвуковой диагностики, куда обратились по направлению гинеколога с предварительным диагнозом варикозного расширения вен таза, как при наличии определенных жалоб, так и при бессимптомных формах, выявленных при профилактическом осмотре. Уже после ультразвуковой верификации данного патологического состояния пациентки направлялись к сосудистому хирургу.

При общеклиническом осмотре учитывали жалобы, анамнез заболевания, наличие, выраженность и характер патологического состояния. При этом пациентки с так называемой латентной или бессимптомной формой заболевания, которые вначале отрицали наличие каких-либо жалоб, при активном расспросе все же вынуждены были согласиться с наличием некоторых симптомов ВБВТ, проявляющихся в той или иной степени. Таким образом, пациенток с бессимптомной формой ВБВТ, из числа направленных с этими ультразвуковыми диагностическими критериями, мы не наблюдали.

Чаще всего пациентки жаловались на нециклические боли, чувство тяжести и дискомфорт в нижней части живота, боли в крестце и копчике, а также диспареунию. Наиболее часто наблюдались 11 основных клинических симптомов, которые у каждой из женщин отмечались от 2 до 11 жалоб. Характеристика жалоб и клинических проявлений представлена в табл. 1.

Всем 30 пациенткам назначали монотерапию препаратом Детралекс в дозе 1000 мг 1 раз в сутки. Прием препарата был рекомендован во время утреннего приема пищи. Курс непрерывного лечения составил 60 дней.

Осмотр пациенток проводился на 0 и 61 дни исследования. На скрининговом визите проводилось ультразвуковое обследование, либо анализировались результаты уже проведенного исследования (в сроки не более 10 дней до скринингового визита). Во время каждого визита выполнялось общее клиническое обследование. С целью объективизации выраженности симптомов заболевания проводили оценку их динамических изменений по трем количественным критериям, для чего применяли оценку КЖ, клиническую шкалу оценки тяжести заболевания, а также визуально-аналоговую шкалу оценки проявлений основных симптомов болезни.

С целью оценки КЖ использовали специализированный балльный опросник качества жизни

<b>Частота проявлений клинических симптомов до начала лечения</b>		
Симптом	Кол-во больных	
	п	%
Боль в нижней части живота	28	93,3
Чувство тяжести внизу живота	27	90
Боли в крестце и копчике	26	86,7
Дискомфорт внизу живота	25	83,3
Диспареуния	23	76,7
Чувство пульсации в животе	22	73,3
Дизурические расстройства	21	70
Болезненная чувствительность промежности	19	63,3
Отечность промежности	19	63,3
Нарушения менструального цикла	16	53,3
Проявления атипичного варикоза	13	43,3

пациентки с ВБВТ (заявка на изобретение № 20151122275/019231 от 03.04.15). Данный опросник включает жалобы, симптомы и ощущения, типичные для пациентки с ВБВТ и содержит 20 вопросов, отражающих четыре основных составляющих качества жизни пациенток с ВБВТ: болевой синдром, физическое, психологическое и социальное самочувствие. Характерность жалоб оценивали по пятибалльной системе. Оптимальному состоянию пациентки соответствовало минимальное количество баллов. После заполнения опросника пациенткой количественные результаты суммировали с получением окончательного балла от 20 до 100. Чем выше полученный балл, тем ниже КЖ по представлению самой пациентки.

Для стандартизации оценки результатов лечения применяли шкалу определения тяжести заболевания пациенток с ВБВТ – Pelvic Clinical Severity Score (PCSS) (патент РФ на изобретение № 2598056 от 29.08.16). Данная шкала учитывает 10 основных признаков заболевания и позволяет провести динамическую оценку их течения. Каждое проявление болезни оценивали в зависимости от выраженности объективных и субъективных признаков по шкале от 0 до 3 баллов. После заполнения шкалы баллы суммировали с получением окончательного показателя. Максимальное количество баллов составляет 30 и указывает на крайне тяжелую степень заболевания.

Для оценки субъективных проявлений болевого синдрома применяли модифицированную визуально-аналоговую шкалу боли, адаптированную нами путем числового шкалирования в виде числовой ранговой шкалы (ЧРШ) для оценки остальных 10 основных симптомов заболевания, отраженных в табл. 1.

Числовая ранговая шкала состоит из последовательного ряда чисел от 0 до 10. Пациенткам

Таблица 2

**Частота проявления клинических симптомов после лечения**

Симптом	Кол-во больных	
	n	%
Боль в нижней части живота	25	83,3
Чувство тяжести внизу живота	23	76,7
Боли в крестце и копчике	24	80
Дискомфорт внизу живота	22	73,3
Диспареуния	20	66,7
Чувство пульсации в животе	13	43,3
Дизурические расстройства	17	56,7
Болезненная чувствительность промежности	12	40
Отечность промежности	15	50
Нарушения менструального цикла	15	50
Проявления атипичического варикоза	15	50

Таблица 3

**Динамика средних показателей (баллы) параметров качества жизни**

Параметр качества жизни	До лечения	После лечения	Динамика	p
Болевой	11,97±3,24	9,5±2,3	2,23±1,73	0,001
Физический	10,97±2,97	8,83±2,27	2,1±1,99	0,003
Социальный	10,47±4,69	8,13±2,62	2,33±2,89	0,02
Психологический	13,5±3,8	10,73±3,38	2,53±2,74	0,004
Суммарный показатель	46,77±13,25	36,87±8,53	9,97±8,36	0,001

предлагается оценить интенсивность субъективного проявления симптома цифрами от 0 (нет симптома) до 10 (максимально возможное его проявление). Данная шкала проста, наглядна и удобна при заполнении, что позволяет получить информацию о динамике изучаемого признака; данная шкала прямо пропорционально коррелирует с визуально-аналоговой шкалой [12]. После измерения количественного результата по каждому из симптомов, проводилось их суммирование с получением итогового балла от 0 до 110.

Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программы Statsoft Statistica 10 с использованием t-критерия Стьюдента и Хи-квадрат Пирсона. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Побочных эффектов, осложнений и нежелательных явлений в период проведения данного исследования не отмечено.

У 27 (90%) пациенток регистрировалось улучшение клинического состояния с определенным регрессом проявлений заболеваний в той или иной степени, у одной из них (3,3%) жалобы регрессировали полностью, 2 (6,7%) из исследуемых женщин

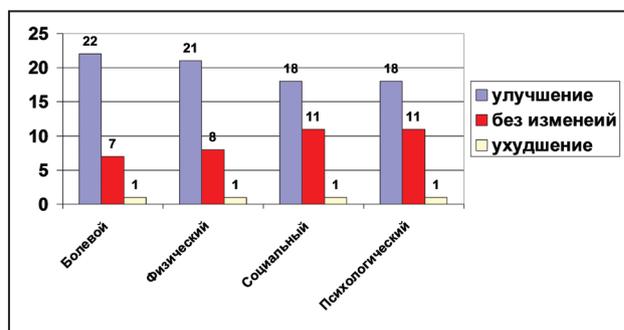


Рис. 1. Распределение пациенток (кол-во) по результатам изменений показателей качества жизни после лечения

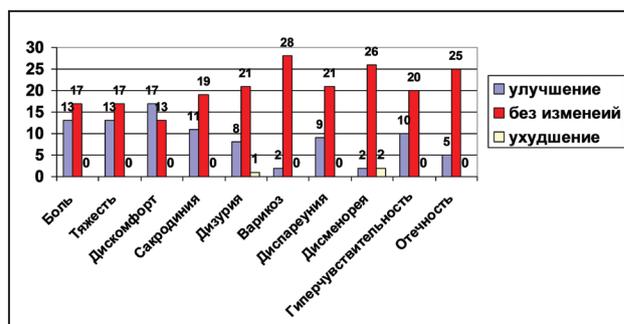


Рис. 2. Количество пациенток с различными результатами изменений показателей шкалы определения тяжести заболевания после лечения

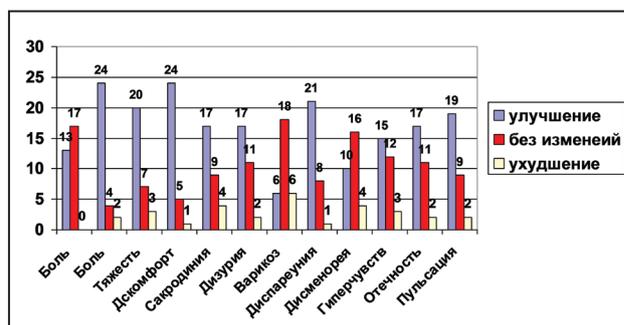


Рис. 3. Распределение пациенток по результатам изменения показателей визуально-аналоговой шкалы

указали на отсутствие какой-либо динамики после проведенного лечения. При этом одна из них отмечала четкую связь нивелирования лечебного воздействия препарата с ежедневными вынужденными подъемами и ношением 1,5-годовалого ребенка. Отрицательная динамика с явным ухудшением состояния была зафиксирована у 1 (3,3%) больной. Среднее количество жалоб снизилось (табл. 2).

При изучении КЖ отмечали улучшение показателя у 27 (90%) пациенток, у 2 (6,7%) женщин показатель не изменился, у 1 (3,3%) – ухудшился. При этом средний показатель КЖ снизился с 46,77±13,25 баллов до 36,87±8,53. Интегральный показатель КЖ улучшился на 9,97±8,36 баллов ( $p=0,001$ ). Улучшение КЖ вследствие изменения интенсивности проявлений болевого фактора зарегистрировано у 22 (73,3%) больных, положительных изменений

Таблица 4

Динамика выраженности симптомов (баллы) по шкале тяжести заболевания				
Признак	До лечения	После лечения	Динамика	p
Боль внизу живота	1,57±0,7	1,0±0,33	0,57±0,68	0,000
Тяжесть внизу живота	1,33±0,78	0,8±0,59	0,53±0,6	0,004
Дискомфорт в животе	1,4±0,81	0,73±0,54	0,67±0,58	0,000
Боли в крестце и копчике	1,47±0,8	1,0±0,67	0,47±0,59	0,017
Дизурические расстройства	1,13±0,96	0,7±0,79	0,43±0,7	0,063
Атипичный варикоз	0,7±0,89	0,5±0,7	0,2±0,37	0,337
Диспареуния	1,17±0,76	0,83±0,6	0,33±0,47	0,059
Нарушение менструального цикла	0,7±0,75	0,7±0,79	0±0,13	1,0
Гиперчувствительность промежности	0,73±0,83	0,37±0,49	0,37±0,49	0,045
Отечность промежности	0,6±0,8	0,33±0,47	0,27±0,44	0,116
Сумма признаков	10,8±5,06	6,97±3,9	3,84±2,74	0,002

Таблица 5

Динамика выраженности симптомов (баллы) по числовой ранговой шкале				
Симптом	До лечения	После лечения	Динамика	p
Боль в нижней части живота	4,55±2,46	2,3±1,71	2,25±1,73	0,000
Чувство тяжести внизу живота	3,59±2,79	2,04±1,92	1,56±1,6	0,015
Дискомфорт внизу живота	3,5±2,77	2,05±1,95	1,45±1,9	0,022
Боли в крестце и копчике	3,75±2,94	2,02±1,97	1,76±1,44	0,01
Дизурические расстройства	3,8±2,89	2,26±2,29	1,61±1,53	0,026
Проявления атипичного варикоза	2,69±2,53	1,43±1,92	1,39±1,9	0,034
Диспареуния	2,54±2,7	1,4±1,66	1,12±1,59	0,054
Нарушения менструального цикла	2,49±2,85	1,17±1,46	1,32±1,68	0,028
Болезненная чувствительность промежности	1,93±2,32	1,82±2,27	0,11±0,88	0,853
Отечность промежности	2,03±2,36	1,04±1,45	0,99±1,39	0,055
Чувство пульсации в животе	2,03±2,69	1,63±2,08	0,37±1,24	0,522
Сумма баллов	32,9±21,26	19,16±16,04	13,93±16,88	0,006

физического фактора – у 21 (70%), социального и психологического – у 18 (60%) (рис. 1).

Статистически значимое улучшение КЖ отмечено по каждому из составляющих его аспектов: каждый из основных факторов, составляющих показатель КЖ, уменьшился более чем на 2 балла (табл. 3).

При анализе клинической симптоматики с применением шкалы тяжести заболевания PCSS были отмечены положительные результаты у 25 (83,3%) исследуемых, у 5 (16,7%) человек сумма параметров

шкалы не изменилась. Наибольшее количество пациенток отметило регрессирование таких показателей, как дискомфорт, боль и тяжесть внизу живота (рис. 2).

Средний балльный показатель шкалы PCSS регрессировал с 10,8±5,06 баллов до 6,97±3,9 баллов; суммарный положительный градиент шкалы составил 3,83±2,74 баллов (p=0,002). Статистически значимое снижение тяжести проявлений отмечали по 5 признакам: боль, тяжесть и дискомфорт в животе, боли в крестце и копчике, болезненная гиперчувствительность в промежности. Количественные изменения клинических признаков шкалы представлены в табл. 4.

При оценке субъективных показателей на основании результатов ЧРШ 27 (90%) женщин отметили снижение проявлений заболевания, у 2 (6,7%) пациенток показатели не изменились, у 1 (3,3%) – ухудшились. В среднем суммарный показатель до лечения составлял 32,9±21,26 баллов, после лечения – 19,16±16,04 баллов; градиент баллов после проведенного лечения составил 13,93±16,88 (p=0,006). Наибольшее количество пациенток отметило снижение интенсивности следующих жалоб: боли, дискомфорт, тяжесть и чувство пульсации в животе (рис. 3). Динамика средних значений выраженности симптомов по ЧРШ отражена в табл. 5.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Улучшение клинического состояния пациенток с ВБВТ после 2 месяцев монотерапии препаратом Детралекс свидетельствует об эффективности и безопасности данного препарата в лечении этого заболевания.

Прием препарата Детралекс способствует восстановлению физиологического тазового кровообращения с нормализацией венозного тонуса, вследствие чего происходит нивелирование симптомов, обусловленных застоем венозной крови в малом тазу. Значимое снижение тяжести проявления большинства признаков заболевания доказано с помощью

объективных и субъективных методов клинического исследования.

Консервативная терапия приводит к купированию болевого синдрома, повышает физическую и социальную активность, нормализует психологическое состояние женщины, что в целом улучшает качество ее жизни.

Оказание помощи пациентке с впервые выявленной ВБВТ должно начинаться с применения консервативных методов лечения с последующей оценкой

их эффективности и определением последующей лечебной тактики. Рутинное назначение препарата Детралекс в дозировке 1000 мг 1 раз в сутки показано всем пациенткам с выявленным варикозным расширением вен таза в качестве одного из основных компонентов базовой фармакотерапии.

*Конфликт интересов отсутствует.*

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. **Богачев В.Ю.** Варикозная болезнь вен малого таза. Гинекология. 2006; 8: 4: 64–67.
2. **Asciutto G.** Pelvic vein incompetence: a review of diagnosis and treatment. Phlebology. 2012; 19: 2: 84–90.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология. 2013; 7: 2: 39–43.
4. **Zondervan K.T., Yudkin P.L., Vessey M.P., et al.** The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behavior. Br. J. Gen. Pract. 2001; 51: 541–547.
5. **Bell D., Kane P.B., Liang S., et al.** Vulvar varices: an uncommon entity in surgical pathology. Int. J. Gynecol. Pathol. 2007; 26: 1: 99–101.
6. **Богачев В.Ю.** Биофлавоноиды и их значение в ангиологии. Фокус на диосмин. Ангиология и сосудистая хирургия. 2013; 19(1): 73–80.
7. **Taskin O., Uryan I., Buhur A., et al.** The effects of Daflon on Pelvic Pain in Women with Taylor Syndrome. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1996; 49.
8. **Simsek M., Burac F., Taskin O.** Effects of micronized purified flavonoid fraction (Daflon) on pelvic pain in women with laparoscopically diagnosed pelvic congestion syndrome: a randomized trial. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2007; 34(2): 96–98.
9. **Burac F., Guduz T., Simsek M., Taskin O.** Chronic pelvic pain associated with pelvic congestion syndrome and the benefit of Daflon 500 mg: a review. Phlebology. 2009; 16(3): 290–294.
10. **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 Technology Assessment. 2016; 20(5): 1–108.
11. **Sharma K., Bora M.K., Varghes J., et al.** Role of Trans Vaginal Ultrasound and Doppler in Diagnosis of Pelvic Congestion Syndrome. J. Clinic. and Diagnos. Research. 2014; 8(7): 5–7.
12. **Rosas S., Paço M., Lemos C., Pinho T.** Comparison between the Visual Analog Scale and the Numerical Rating Scale in the perception of esthetics and pain. Int Orthod. 2017; 15(4): 543–560.

**CLINICAL EFFICACY OF DETRALEX  
IN TREATMENT OF WOMEN WITH PELVIC VARICOSE VEINS**

**Akhmetzyanov R.V., Bredikhin R.A.**

*Interregional Clinical and Diagnostic Centre,  
Course of Cardiovascular Surgery of the Kazan State Medical University, Kazan*

*Presented herein are the results of using Detralex in conservative treatment of women suffering from pelvic varicose veins. Our open prospective study included a total of 30 women with various forms of the course of the disease. All patients took Detralex prescribed at a daily dose of 1,000 mg for 60 days.*

*Dynamic assessment of clinical manifestations of pelvic varicose veins in this cohort of patients was carried out with the help of a specialized quality-of-life questionnaire, an adapted clinical scale of determining disease severity, as well as a visual analogue scale for assessment of the main symptoms of the disease manifestations. The questionnaires and scales were filled in before the beginning of taking the drug and immediately after stopping it.*

*The obtained findings objectively confirmed efficacy of conservative therapy in the majority of the responders. Reported was a decrease in the average index of quality of life from  $46.77 \pm 13.25$  to  $36.87 \pm 8.53$  points ( $p=0.001$ ). The mean score of the clinical scale of disease severity regressed from  $10.8 \pm 5.06$  to  $6.97 \pm 3.9$  points ( $p=0.002$ ). The average composite score for the degree of the main symptoms of the disease according to the visual analogue scale decreased from  $32.9 \pm 21.26$  to  $19.16 \pm 16.04$  points ( $p=0.006$ ).*

*We observed a dramatic decrease in severity of manifestations of the main clinical symptoms and improvement of quality of life of women on the background of taking the drug, thus suggesting its efficacy for the pathological condition concerned. The obtained results make it possible to recommend routine prescription of Detralex to all women with detected pelvic varicose veins as one of the main components of basic pharmacotherapy.*

**Key words:** *pelvic varicose veins, chronic pelvic pain, quality of life, disease severity clinical scale, visual analogue scale, Detralex.*

---

---