УДК 616.147.3-007.64

© Колектив авторів, 2011.

РОЛЬ ГУМОРАЛЬНИХ ФАКТОРІВ В ПАТОГЕНЕЗІ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ТАЗОВИХ ВЕН

О. В. Булавенко, А. М. Григоренко, С. М. Кириченко, Е. В. Сливка

Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. кафедри – проф. О. В. Булавенко), Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова; Лікувально-діагностичний центр «Медівін», м. Вінниця.

THE ROLE OF HUMORAL FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF VARICOSE VEINS OF THE PELVIC

O. V. Bulavenko, A. N. Hryhorenko, S. N. Kirichenko, E. V. Slyvka

SUMMARY

The aim of the work was to identify the biochemical and structural changes in blood directly into the pelvic bloodstream and into the wall of pelvic veins. Damage of the vascular wall in varicose veins leads to humoral markers, however, according to our data, and there are interleukins, which can cause pain by affecting receptors in the wall of varicose veins, and brain centers of pain perception.

РОЛЬ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ТАЗОВЫХ ВЕН

О. В. Булавенко, А. Н. Григоренко, С. Н. Кириченко, Э. В. Сливка

РЕЗЮМЕ

Целью работы стало выявление биохимических и структурных изменений непосредственно в кровотоке малого таза и в стенке вен малого таза. Повреждение сосудистой стенки при варикозной болезни приводит к появлению гуморальных маркеров, какими, согласно с нашими данными, и есть интерлейкины, которые способны вызывать болевые ощущения, влияя на рецепторы в стенке варикозно-расширенной вены и на мозговые центры восприятия боли.

Ключові слова: варикозна хвороба малого тазу, цитокіни, інтерлейкін-6.

Відомо, що варикозне розширення вен малого тазу не тільки супроводжує різні гінекологічні захворювання, але й може бути причиною хронічного тазового болю [1, 5, 7]. Розширення вен малого тазу до теперішнього часу частіше вважається випадковою діагностичною знахідкою. В той самий час, хронічний тазовий біль мають приблизно 10% гінекологічних хворих [2, 3, 7]. Ці пацієнтки роками безуспішно обстежуються та лікуються з приводу хронічних запальних процесів додатків, генітального ендометріозу. Між тим, тривала, часто необґрунтована, гормональна та антибактеріальна терапія ще більше погіршує стан хворої, викликаючи порушення функції печінки, розвиток тромбофлебіту, дисбактеріоз та інші розлади [4, 6]. Саме тому, діагностика і лікування хронічного флебостазу внутрішніх статевих органів є в теперішній час важливою медичною та соціальною проблемою.

Враховуючи можливу роль цитокінів у виникненні варикозного розширення вен малого тазу, і, враховуючи, що саме рівень інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) вважають маркером серед усіх прозапальних цитокінів, він став об'єктом наших досліджень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 93 пацієнткам, що страждали на варикозну хворобу малого тазу. В усіх випадках мали місце скарги на тягнучий постійний біль, що іррадіює на внутрішню поверхню стегна, задній прохід, обов'язково мав місце біль при пальпації бокових стінок тазу.

Усім пацієнткам було проведено УЗД з кольоровим доплерівським картуванням органів малого тазу і, прицільно, тазових судин за методикою, запропонованою Н.В. Римашевським у 2000 році.

В I групу ввійшли пацієнтки з I та II ступенями варикозного розширення вен малого тазу (34,0-36,5%). В II групу ввійшли пацієнтки з II та III ступенями варикозного розширення вен малого тазу (18,0-19,4%). В III групу ввійшли пацієнтки з II та III ступенями варикозного розширення вен малого тазу, оперовані (41,0-44,1%).

Серед пацієнтів I та II груп (n=52) у 34 (65,4%) жінок було знайдено варикозне розширення яєчникових вен без іншої патології з боку геніталій; у 12 (23,0%) – поєднання варикозу та міоми матки невеликих розмірів і (або) кістозними змінами одного або обох яєчників; у 6 (11,6%) – мала місце клініка ендометріозу в поєднанні з виявленим за допомогою УЗД варикозним розширенням вен тазу. У 36 (69,0%) жінок I та II груп найближчі родичі страждали на варикозну хворобу.

III групу (n=41) склали пацієнтки, що потребували оперативного лікування з приводу варикозної

хвороби малого тазу або поєднаної гінекологічної патології.

Групу порівняння склали 25 практично здорових жінок, що були обстежені в тому ж об'ємі, що і група хворих.

Жінки контрольної групи не мали на момент обстеження скарг, екстрагенітальних захворювань в стадії загострення. При гінекологічному обстеженні не відмічались ознаки запальних процесів геніталій, не було виявлено симптомів доброякісних новоутворень.

Діагноз пацієнткам основної групи був поставлений за критеріями ВОЗ на основі клінічної картини захворювання, даних анамнезу, об'єктивного та ультразвукового методів обстеження.

Враховуючи можливу роль цитокінів у виникненні варикозного розширення вен малого тазу, і, враховуючи, що саме рівень інтерлейкіну-6 вважають маркером серед усіх прозапальних цитокінів, ми досліджували наявність і рівень ІЛ-6 в крові 52 пацієнток з різним ступенем варикозного розширення тазових вен та в крові жінок контрольної групи.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Лабораторний аналіз вмісту інтерлейкіна-6 у обстежених жінок представлений в таблиці 1.

Таблиця 1

Групи	Кількість хворих, n	ліктьова вена, ІЛ-6 (M±m), пкг/мл	яєчникова вена, ІЛ-6 (M±m), пкг/мл
Контрольна група	25	6,09±0,67	
I група	34	28,83±5,95 (p<0,001)	
II група	18	47,72±6,25 (p<0,001) (p1<0,05)	
III група	41	49,62±8,24 (p<0,001) (p1<0,05) (p2>0,05)	82,29±9,77 (p3<0,05)

Примітка:
p – достовірність порівнювальних показників в групі в порівнянні з контролем;
p1 – достовірність порівнювальних показників в групі в порівнянні з I групою;
p2 – достовірність порівнювальних показників в групі в порівнянні з II групою;
p3 – достовірність порівнювальних показників в III групі.

Рівень ІЛ-6, що визначався в крові з ліктьової вени жінок контрольної групи, дорівнював 6,09±0,67 пкг/мл. У хворих варикозною хворобою малого тазу при загостренні встановлено зміну циркулюючого ІЛ-6 в периферійній крові в бік підвищення.

Рівень ІЛ-6 в групі жінок з варикозом вен тазу в середньому дорівнював 43,29±11,89 пкг/мл, що продемонструвало наявність достовірних відмінностей порівнювальних показників у хворих варикозною хворобою малого тазу та контрольною групою (p<0,01).

Як продемонстрували наші дані, рівень ІЛ-6 у пацієнток I групи з I та II ступенями варикозного розширення вен малого тазу був достовірно вище (в 5 разів), ніж в контрольній групі (p<0,001), рівень ІЛ-6 у пацієнток II групи, що страждають тазовими алгіями внаслідок варикозу вен II та III ступенів, був вище в 7 разів, ніж в контрольній групі (p<0,001).

Аналізуючи матеріал, ми звернули увагу на достовірну різницю в його значеннях у жінок I та II груп з різним ступенем варикозної хвороби. У жінок з діагностованими I-II ступенями варикозного розширення вен малого тазу вміст ІЛ-6 в зразках крові з ліктьової вени був в 2 рази нижче, ніж у пацієнток з розширенням вен II-III ступенів.

Цікаво, що в зразках з яєчникових вен у хворих III групи продукція ІЛ-6 значно підвищена, більш того, його рівень в яєчниковій достовірно відрізняється від такого в ліктьовій вені (p<0,05) та перевищує його в 1,7 разів. Це може відбуватися тому, що синтез ІЛ-6 здійснюється не тільки імунокомпетентними клітинами, але й активованими (в результаті венозного стазу) ендотеліоцитами.

ВИСНОВКИ

1. Таким чином, пошкодження судинної стінки при варикозній хворобі призводить до появи гуморальних маркерів, якими, згідно наших даних, і є інтерлейкіни, що здатні викликати больові відчуття, впливаючи на рецептори в стінці варикозно розширеної вени, і, опосередковано, на мозкові центри сприйняття болю.

2. Знайдена більш висока концентрація ІЛ-6 в крові з яєчникової вени (в 1,7 разів) тільки підтверджує його участь в патогенезі варикозної хвороби малого тазу і, більш того, вказує на його локальний ґенез – через активацію ендотелія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кириєнко А. І. Варикозна хвороба вен малого тазу. Флебологія / Кириєнко А. І., Богачев В. Ю., Прокубовский В. І. ; під ред. В. С. Савельєвої. – М.: Медицина, 2001.

2. Майоров М. В. Синдром хронічного тазового болю в гінекологічній практиці / М. В. Майоров // Провізор. – 2003. – № 23. – С. 17–19.

3. Мозес В. Г. Варикозне розширення вен малого тазу у жінок / В. Г. Мозес // Новини медицини й фармації. – 2005. – № 18 (178). – С. 17.

4. Соколов А. А. Варикозне розширення оваріальних вен: діагностика й лікування / А. А. Соколов, Н. В. Цвєткова // Sono Ace-international. – 1999. – № 4.

5. Эхографія в діагностиці й контролі над консервативною терапією варикозу малого тазу / Н. В. Римашевський, А. Е. Волков, А. Ф. Міхельсон [та ін.] // Эхографія в перинатології, гінекології, педіатрії : ІІІ щорічний збірник наукових праць Української Асоціації лікарів УЗД у перинатології й гінекології. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 202–203.

6. Ющенко А. Н. Варикозна хвороба малого тазу: казуїстика або розповсюджена хвороба? / А. Н. Ющенко // Новини медицини й фармації. – 2005. – № 9 (169). – С. 14–16.

7. Langeron P. Тазовий венозний стаз, тазове розширення вен (варикоцелє): гемодинамічні, патогенетичні й клінічні проблеми : перек. із франц. / P. Langeron // Rhlebologie, Annales Vasculaires. – 2001. – Avril-juin, № 2. – P. 155–159 (Fr).