

УДК 616.14-007.64:618.13:616-078

© А. М. Григоренко, 2012.

## ВАРИКОЗНЕ РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ В СТРУКТУРІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

**А. М. Григоренко**

*Кафедра акушерства та гінекології №2 (зав. – професор О. В. Булаєнко), Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця.*

### VARICOSE VEINS IN THE PELVIC-HOSPITAL GYNECOLOGICAL PATHOLOGY

**A. M. Grygorenko**

#### SUMMARY

The article presents data on the retrospective review of medical records of patients with varicose veins of pelvic dysfunction and female sexual glands and presents quantitative indicators of dishormonal disorders, organic diseases of the reproductive system, endocrine origin, psychomotor, reproductive disorders, infertility, that are directly related with varicose disease of the reproductive sphere.

### ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА В СТРУКТУРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**А. Н. Григоренко**

#### РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные ретроспективного анализа историй болезней пациенток с варикозным расширением вен малого таза и дисфункцией женских половых желез и представлены количественные показатели развития дисгормональных нарушений, органической патологии репродуктивной системы, патологии эндокринного генеза, психомоторных половых расстройств, бесплодия, что непосредственно связано с варикозной болезнью репродуктивной сферы.

**Ключові слова:** варикозне розширення вен малого таза, дисгормональні порушення, менструальна функція, безпліддя.

Варикозне розширення вен органів репродуктивної системи – захворювання, частота якого ще недостатньо вивчена в сучасній медицині і, за даними поодиноких досліджень, коливається від 5,4 до 80,0% [1, 7].

Актуальність і важливість даної проблеми підкреслює той факт, що варикозне розширення вен таза – це патологія, що зустрічається переважно у жінок репродуктивного віку. Але на сьогоднішній день відсутні дані щодо впливу тазового венозного стазу на виникнення ідіопатичних форм непліддя, виношування вагітності, перебіг пологів, виникнення та перебіг гінекологічної патології [3, 6, 7].

Відомо, що варикозне розширення вен малого таза (ВРВМТ) не тільки супроводжує різні гінекологічні захворювання, але й може бути причиною хронічного тазового болю. Розширення вен малого таза до теперішнього часу частіше вважалося випадковою діагностичною знахідкою. В той самий час, хронічним тазовим болем страждають приблизно 10,0% гінекологічних хворих. Ці пацієнтки роками безуспішно обстежуються та лікуються з приводу хронічних запальних процесів додатків, генітального ендометріозу. Між тим, тривала, часто необґрунтована гормональна та антибактеріальна

терапія лише погіршує стан хворої, викликаючи порушення функції печінки, розвиток тромбофлебиту, дисбактеріозу та інших розладів. Саме тому, діагностика і лікування хронічного флестозу внутрішніх статевих органів на даний час є важливою медичною та соціальною проблемою [4].

Підсумовуючи наведені дані, можна зробити висновок, що в сучасній медичній літературі немає достатньо вичерпної інформації про етіологію, патогенез та види варикозного розширення вен малого таза, а також про взаємозв'язок його з дисгормональними розладами, вплив на репродуктивну та менструальну функції жінок [2, 4, 5].

Тому, враховуючи вищезазначене, метою нашого дослідження було: шляхом вивчення архівних матеріалів дослідити патогенетичний зв'язок між ВРВМТ та дисфункцією жіночих статевих залоз з подальшим розвитком дисгормональних порушень, органічної патології репродуктивної системи, патології ендокринного генезу, психомоторних, статевих розладів, безпліддя.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено ретроспективний аналіз відібраних шляхом випадкової вибірки 630 історій хвороб та амбулаторних карток жінок, які перебували

на лікуванні в гінекологічних відділеннях пологового будинку №1 м. Вінниці, Центру «Матері та дитини», НВП ТОВ «Медвін» м. Вінниці.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу даних медичної документації було визначено, що віковий склад жінок був наступним: до 20 років – 77 (12,3%) пацієнок, 21-35 років – 392 (62,3%), 36-42 роки – 161 (25,4%) жінок, тобто середній вік жінок склав  $27,8 \pm 1,5$  років.

Частка запальних захворювань додатків матки складала 76 (12,1%), дисфункціональні маткові кровотечі – 139 (22,1%), кісти яєчників – 86 (13,7%), міоми матки – 123 (19,5%), на позаматкову вагітність та апоплексію яєчників припадало 33 (5,2%), опущення статевих органів – 60 (9,5%), злоякісні пухлини – 7 (1,1%), ендометріоз – 16 (2,6%), полікістоз яєчників – 50 (7,9%) та травми статевих органів – 7 (1,1%) (табл. 1).

Таблиця 1

#### Структура гінекологічної захворюваності

Найменування	Кількість жінок	
	Абс. ч.	%
Запальні захворювання матки та додатків	76	12,1
Дисфункційні маткові кровотечі	139	22,1
Кісти яєчників	86	13,7
Міома матки	123	19,5
Позаматкова вагітність	33	5,2
Апоплексія яєчників	33	5,2
Опущення статевих органів	60	9,5
Злоякісні пухлини	7	1,1
Ендометріоз	16	2,6
Полікістоз яєчників	50	7,9
Травми статевих органів	7	1,1

Аналізуючи гінекологічний анамнез, ми звертали увагу на вік настання менархе, характер менструальної функції, перенесені гінекологічні захворювання та оперативні втручання.

Так, середній вік менархе у жінок всіх представлених нозологій, за даними історій хвороб, був  $13,9 \pm 1,2$  роки, а саме в віці 11-12 років менархе мало місце у 150 (23,8%) жінок, 13-14 років – у 285

(45,3%), 15-16 років – у 195 (30,9%) пацієнок. У 424 (67,3%) жінок за даними гінекологічного анамнезу був регулярний менструальний цикл тривалістю  $28,4 \pm 4,3$  доби (57,9%) з помірною крововтратою (36,3%) та тривалістю менструації  $4,2 \pm 2,2$  доби (38,8%).

При аналізі менструальної функції встановлено, що 213 (40,2%) жінок мали різноманітні дисгормональні розлади, а саме: надмірні та тривалі менструації спостерігалися у 260 (41,3%) та 287 (45,4%) пацієнок відповідно, незначні менструації мали місце у 141 (22,4%) жінок, подовжений цикл встановлений у 148 (23,6%) пацієнок та короткий – у 117 (18,5%), нерегулярний менструальний цикл спостерігався у 206 (32,7%) жінок, в 82 (13,0%) випадках з менометроррагією, периовуляторні кров'янисті виділення мали місце у 76 (12,1%) пацієнок. В історіях хвороб 193 (30,6%) жінок були вказівки на наявність дисменореї та в 186 (29,5%) випадках – передменструальних розладів.

Щодо репродуктивного анамнезу, то, згідно аналізу документації, самовільні викидні мали в анамнезі 180 (28,5%) жінок, з них в терміні до 6 тижнів – 123 (19,5%) та в терміні після 6 тижнів – 57 (9,0%). На анембріонію вказували 205 (32,5%) пацієнок, завмерла вагітність мала місце у 183 (29,0%) жінок, пізні викидні мали в анамнезі 33 (5,2%) жінки та передчасні пологи – 60 (9,5%). 186 (29,5%) пацієнок вказували на наявність безпліддя в анамнезі: 131 (20,8%) – на первинне, 55 (8,7%) – на вторинне.

Згідно аналізу відібраних історій хвороб, вперше в поточному році на лікування було госпіталізовано 438 (69,5%) жінок, повторно – 112 (17,7%) пацієнок. 80 (12,8%) жінок знаходились на лікуванні в поточному році тричі та більше разів.

Аналізуючи дані ультразвукового дослідження, у 123 (19,5%) жінок мала місце міома матки, з них розміри міоми до 6 тижнів – 94 (14,9%), 6-9 тижнів – 29 (4,6%), в 33 (5,2%) випадках діагностовано апоплексію яєчника, гідросальпінкс – у 34 (5,4%) пацієнок, функціональні кісти яєчників – у 86 (13,7%), мультифолікулярна структура яєчників спостерігалася у 228 (36,2%) жінок, в 7 (1,1%) випадках – пухлини різної локалізації, позаматкова вагітність – в 33 (5,2%) та ендометріоз – в 16 (2,6%). Звертала на себе увагу наявність ультразвукової картини варикозного розширення вен малого тазу в 165 (26,1%) випадках.

Аналізуючи наявність варикозного розширення вен малого тазу згідно нозологій, встановлено, що у пацієнок із запаленням додатків матки варикоз тазових вен мав місце в 3 (0,5%) випадках, з дисфункційними матковими кровотечами – в 34 (5,4%), при кістах яєчників – в 29 (4,6%), при міомах матки – в 26 (4,1%), позаматкова вагітність та апоплексія яєчників супроводжувалася тазовим

венозним повнокров'ям в 9 (1,4%) та 7 (1,1%) випадках відповідно, при опущенні статевих органів варико́з вен тазу спостерігався у 13 (2,1%) пацієнток, при ендометріозі – у 3 (0,5%) жінок, при полікістозі яєчників – у 41 (6,5%).

Так, при запаленні додатків варикозне розширення венозних колекторів тазу спостерігалось в 3,9% випадках, при дисфункційних маткових кровотечах – в 24,5%, кістах яєчників – в 33,7%, міомі матки – в 21,1%, при позаматковій вагітності та апоплексії яєчників – в 27,2% та 21,2% відповідно. 21,7% пацієнток з опущенням статевих органів мали тазовий варико́з, у 18,7% жінок з ендометріозом та у 82,0% з полікістозом яєчників при ультразвуковому дослідженні діагностовано варикозне розширення вен малого тазу.

#### ВИСНОВКИ

1. Таким чином, узагальнюючи дані проведеного ретроспективного аналізу 630 історій хвороб жінок, які знаходилися на лікуванні в різних медичних закладах, встановлено, що переважна більшість жінок звертається за допомогою в зв'язку з патологічними станами, загальним патогенетичним механізмом яких є дисгормональні порушення різного рівня, а саме (дисфункційні маткові кровотечі, функціональні кісти яєчників, міома матки, полікістоз яєчників, позаматкова вагітність та апоплексія яєчників). Даний факт ще раз підтверджує розповсюдженість та вагомість патології ендокринного генезу в структурі гінекологічної патології.

2. Варикозне розширення вен малого тазу розглядається частіше за все як супутні зміни при захворюваннях жіночої статевої сфери, однак хронічний застій крові ми розглядаємо як причинний фактор дисфункції жіночих статевих залоз з подальшим розвитком дисгормональних порушень, органічної патології репродуктивної системи ендокринного генезу, психомоторних, статевих розладів та безпліддя, яке уявляє собою соціальну проблему. Даний факт значно розширює погляд на патобіоз

варико́за тазових вен, який може бути не тільки ускладненням захворювань жіночих статевих органів та призводити до порушень менструального циклу, але і утруднювати лікування цих захворювань.

3. Ми вважаємо, що тільки комплексне вивчення варикозного розширення вен малого тазу дозволить перейти від синдромального та органопатологічного підходу до нозологічної діагностики та лікування захворювання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин / Н. В. Рымашевский, В. В. Маркина, А. Е. Волков [и др.]. – Ростов-на-Дону : Изд. РГМУ, 2000. – 164 с.
2. Колесникова Р. С. Лечение заболеваний вен у женщин / Р. С. Колесникова. – М. : Медицина, 1977. – 185 с.
3. Кузин М. И. О патогенезе варикозного расширения вен / М. И. Кузин // Клиническая медицина. – 1970. – № 2. – С. 3-9.
4. Подзолкова Н. М. Сосудистый фактор в генезе хронической тазовой боли и бесплодия у женщин, эволюция лечебно-диагностической концепции от В. Ф. Снегирева до наших дней / Н. М. Подзолкова, О. А. Орлова // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 4. – С. 15–18.
5. Проскуракова О. В. Частные вопросы венозного кровообращения внутренних половых органов женщины / О. В. Проскуракова // Допплерография в гинекологии / под ред. Б. И. Зыкина, М. В. Медведева. – 1-е изд. – М. : РАВУЗДПП, Реальное время, 2000. – С. 133–144.
6. Рязанцев Е. Л. Варикозное расширение около-маточных вен / Е. Л. Рязанцев, Т. И. Сысоева, П. С. Борисенко // Акушерство и гинекология. – 1981. – № 9. – С. 43–45.
7. Abramson J. H. The epidemiology of varicose veins. A survey in Western Jerusalem / J. H. Abramson, C. Hopp, L. M. Epstein // J. Epidemiol. Comm. Health. – 1981. – Vol. 35. – P. 213–217.