

УДК 618.13-002-009.7-071.1

Бугайов А.Б., Йотенко Б.А.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ ЖІНОК З ЗАСТІЙНИМ ТАЗОВИМ СИНДРОМОМ

РЕЗЮМЕ. Метою дослідження було виявлення факторів ризику розвитку застійного тазового синдрому у жінок репродуктивного віку.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз особливостей анамнезу жінок з застійним тазовим синдромом. Для цього жінкам було запропоновано заповнити спеціально розроблені анкети, які потім були проаналізовані. Було проанкетовано 89 пацієнок, які звернулися для обстеження в кабінет ультразвукової діагностики зі скаргами на біль внизу живота і в них було виявлено варикозне розширення вен малого тазу, та 61 гінекологічно здорова жінка, які були відібрані за принципом випадковий контроль.

Результати. Жінки були у віці від 22 до 44 років. Аналіз соматичного анамнезу обстежених жінок виявив істотні відмінності між групами за частотою патології травного тракту (19,10 та 6,56 %, $p=0,0232$), органів зору (29,21 та 13,11 %, $p=0,0176$), опірно-рухового апарату (38,20 та 16,39 %, $p=0,0031$), алергічними (19,10 та 6,56 %, $p=0,0180$) та серцево-судинними захворюваннями (33,71 та 13,11 %, $p=0,0033$). При наявності застійного тазового синдрому частіше реєструвалася патологія перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Висновок. Проведений аналіз показав, що жінки з клінічними проявами варикозного розширення вен малого тазу у вигляді застійного тазового синдрому суттєво відрізняються від жінок без вказаної патології наявністю в анамнезі захворювань, які є маркерами дисплазії сполучної тканини.

Ключові слова: застійний тазовий синдром, анамнез, жінки репродуктивного віку, варикозне розширення вен малого тазу.

Однією з провідних проблем сучасної гінекології є синдром хронічного тазового болю. За даними досліджень, проведених у Великобританії, у 36% жінок тривалий біль внизу живота викликаний спайками черевної порожнини, у 14% – ендометріозом, у 13% – закрепамми, у 11% – об'ємними утвореннями яєчників, у 8% – запальними захворюваннями статевих органів. У 19% випадків причина болю залишається невідомою [1]. Дослідженнями останніх років доведено, що однією з частих причин хронічного тазового болю може бути повнокров'я вен тазу. Така теорія виникла після широкого застосування доплерографії судин малого тазу шляхом кольорового дуплексного сканування у жінок з хронічним тазовим болем [2]. Повнокров'я обумовлено варикозним розширенням вен малого тазу (ВРВМТ).

В даний час для позначення варикозної хвороби вен малого тазу іноземні дослідники використовують ряд термінів: тазовий варикоз, тазова варикозна недостатність, тазова венозна патологія, тазове варикоцеле. У вітчизняній літературі для позначення, даного патологічного процесу використовують поняття: варикозна хвороба вен малого тазу, варикозне розширення вен малого тазу, синдром венозного

повнокров'я малого тазу (СВПМТ), застійний тазовий синдром (ЗТС) [1]. Необхідно відзначити, що ВРВМТ часто протікає безсимптомно, тоді як основною характеристикою ЗТС є больовий синдром. Тобто більшість даних літератури, щодо больового синдрому при варикозному розширенні вен малого тазу відносяться не до цієї патології в цілому, а до ЗТС.

Існують наступні теорії розвитку варикозної хвороби вен малого тазу [3]: гормональна та механічна. Ці теорії до кінця не можуть пояснити наявність варикозного розширення вен у молодих жінок, які не народжували, без гормональних та інших змін з боку репродуктивних органів.

В літературі серед факторів, що призводять до розвитку варикозного розширення вен називають: ослаблення венозної стінки на тлі гормональної перебудови (вагітність, менопауза, період статевого дозрівання та ін.); вроджену відсутність, або недорозвинення венозних клапанів; спадкову слабкість сполучнотканинних структур організму, включаючи стінки вен. Реалізуючими факторами є: підвищення гідростатичного тиску у венозних стовбурах, порушення метаболічних процесів в клітинах гладких м'язів венозної стінки [1].

P. Langeron виділяє наступні безпосередні етіологічні фактори ВХВМТ: здавлення тазових вен ззовні (в тому числі і при зміні положення матки, що призводить до перегину широких маткових зв'язок, утрудняє відтік венозної крові); дисплазія або оклюзія оваріальних вен; раніше не виявлений тромбоз тазових вен; артеріовенозна дисплазія глибоких вен нижніх кінцівок [1]. Другим за значимістю фактором є клапанна недостатність яєчникових вен, що призводить до рефлюксу крові та флебогіпертензії у венозних сплетіннях малого тазу [1].

Деякими авторами був знайдений зв'язок між захворюванням й умовами праці (робота, пов'язана з тривалим вимушеним положенням стоячи або сидячи, важка фізична праця), віком, coitus interruptus, сексуальною дисфункцією (диспареунія і аноргазмія), численними вагітностями і пологами, ослабленням зв'язкового апарату матки і придатків, гінекологічними захворюваннями (запальні захворювання, ендометріоз, пухлини яєчників, пролапс геніталій, перегин широкої зв'язки матки внаслідок ретрофлексии матки, СПКЯ), порушеннями менструального циклу і гіперестрогенією [4-6]. Останнім часом обговорюється несприятливий вплив гормональних препаратів, зокрема комбінованих контрацептивів, на розвиток варикозного розширення вен малого тазу [7-9].

Багато дослідників вважають, що до розвитку варикозної трансформації тазових вен призводить здавлення лівої ниркової вени (nutcracker syndrome), посттромбофлебітична оклюзія клубових і нижньої полой вени, ангіо-венозні дисплазії [10].

Існує точка зору, що варикозна хвороба є генетично детермінованим колагенозом або проявом ангіодисплазії [10]. Зовнішнім проявом ДСТ служить наявність так званих стигм дізембріогенезу, які можуть проявлятися як явними каліцтвами, так і малопомітними ознаками [11].

Отже, метою даного дослідження було виявлення факторів ризику розвитку застійного тазового синдрому у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз особливостей анамнезу жінок з застійним тазовим синдромом. Для цього жінкам було запропоновано заповнити спеціально розроблені анкети, які потім були проаналізовані. Було проанкетовано 89 пацієнок, які звернулися для обстеження в кабінет ультразвукової діагностики зі скаргами на біль внизу живота з січня 2012 по липень

2013 років і в них було виявлено варикозне розширення вен малого тазу (група Р), та 61 гінекологічно здорова жінка, які були відібрані за принципом випадок-контроль (група К).

Статистична обробка даних здійснювалася на ПК з використанням пакетів програм Word і Excel. Розраховувалися середні й долі. Дані вважалися статистично вірогідними при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Жінки були у віці від 22 до 44 років. Середній вік достовірно не відрізнявся і склав $28,72 \pm 0,50$ та $29,84 \pm 0,60$ років відповідно по групах Р і К ($p = 0,1560$). Відомо, що до захворювання схильні пацієнтки починаючи з віку 20-25 років, але найбільша кількість випадків припадає на період від 25 до 45 років [11]. Не зареєстровано різниці й в соціальному стані респонденток, а саме: вони суттєво не відрізнялися за освітою, місцем мешкання та професією ($p > 0,05$). Хоча, за даними літератури є зв'язок між захворюванням й умовами праці і віком [5]. Можливо, нами не знайдено різниці у зв'язку з невеликою кількістю респондентів.

Аналіз соматичного анамнезу обстежених жінок (табл. 1) виявив істотні відмінності між групами за більшістю груп захворювань. А саме: патологія травного тракту зустрічалася (19,10 та 6,56 %, $p = 0,0232$) та алергічні захворювання реєструвалися утрічі частіше (19,10 та 6,56 %, $p = 0,0180$), лише в групі Р відмічено 3 (3,37%) випадки важкої полівалентної алергії; серцево-судинними захворюваннями жінки з застійним тазовим синдромом також страждали у 2,5 рази частіше (33,71 та 13,11 % відповідно до груп, $p = 0,0033$).

У той же час не зареєстровано достовірних відмінностей між групами за частотою захворювань сечовивідних шляхів (14,61 та 9,84 %) та дихальної системи (13,48 та 6,56 % відповідно), хоча останніми жінки групи Р страждали майже удвічі частіше.

Треба відзначити, що майже 40 % ($p = 0,0031$) респонденток з застійним тазовим синдромом мали ті чи інші проблеми з опорно-руховим апаратом у вигляді змін осанки, форми грудної клітини, вивихів та переломів. Кожна третя жінка групи Р мала патологію зору (29,21 у порівнянні з 13,11 % в групі К, $p = 0,0176$). Аналіз структури захворювань показав, що серед патології органів зору в обох групах перше місце займала міопія різного ступеня важкості; серед захворювань дихального апарату – хронічний бронхіт, причому у жінок з застійним тазовим синдромом часто з астматичним компонентом.

Таблиця 1. Соматичний анамнез обстежених жінок (n, %)

Показник	Група Р, n=89		Група К, n=61		р
	n	%	n	%	
Захворювання ШКТ	17	19,10 ¹	4	6,56	0,0232
Захворювання ССС	30	33,71 ¹	8	13,11	0,0033
Захворювання органів дихання	12	13,48	4	6,56	0,1653
Захворювання сечовивідних шляхів	13	14,61	6	9,84	0,3820
Патологія зору	26	29,21 ¹	8	13,11	0,0176
Захворювання опірно-рухового апарату	34	38,20 ¹	10	16,39	0,0031
Алергічні захворювання	17	19,10 ¹	4	6,56	0,0180

Примітка. ¹ – різниця між групами статистично вірогідна, $p < 0,05$.

Незважаючи на наявність достовірної різниці в цілому за частотою серцево-судинних захворювань та зареєстроване розширення вен малого тазу у жінок з застійним тазовим синдромом, не винайдено суттєвих відмінностей між групами в наявності варикозної хвороби нижніх кінцівок. У той час серед жінок групи Р було значно більше таких, які мали варикозне розширення вен кінцівок та/або промежини під час вагітності (26 або 46,43% у порівнянні з 7 або 15,22%, $p=0,0006$). Отримані дані можуть вказувати на те, що застійний тазовий синдром є найбільш раннім предиктором варикозної хвороби кінцівок у зв'язку з анатомічними особливостями венозної системи малого тазу.

Вік менархе відрізнявся у опитаних жінок і складав $13,42 \pm 0,13$ років у групі Р та $12,93 \pm 0,14$ років – у групі К ($p=0,0293$). Аналіз індивідуальних показників віку менархе виявив що в 23 (25,84 %) жінок групи Р та лише в 6 (9,84) з групи К перша менструація почалася у віці 15 років та пізніше ($p=0,026$). Крім того, вони відрізнялися за характером менструальної функції, а саме: серед жінок з ЗТС було значно більше таких з олігоменореєю (13 або 14,6 % у порівнянні з 2 або 3,29, $p=0,046$).

Дві третини опитаних жінок мали хоча б одну вагітність (табл. 2) у минулому (56 або 62,92 % та 46 або 75,41 % відповідно по групах) й не відрізнялися за цим показником ($p=0,1040$).

Таблиця 2. Особливості репродуктивного анамнезу у обстежених жінок (n,%)

Показник	Група Р, n=56		Група К, n=46		р
	n	%	n	%	
Медичний аборт	23	41,07	22	47,03	0,4942
Мимовільний викидень	17	30,36	6	13,04	0,0650
Викидень, що не відбувся	4	7,14 ¹	0	0	0,0264
Пологи	37	66,07	44	95,65	0,1040
Передчасні пологи	10	17,86	3	6,52	0,1590

Примітка. ¹ – різниця між групами статистично вірогідна, $p < 0,05$.

Лише 37 (66,07 % з тих, що мали вагітності) жінок основної групи народжували у минулому, тоді як у групі порівняння таких було більше (44 або 95,65 %), хоча різниця не була вірогідною ($p=0,275$). Середня кількість пологів в обох групах достовірно не відрізнялася та склала $1,04 \pm 0,12$ та $1,35 \pm 0,09$ ($p=0,0534$). Не виявлено різниці також і в структурі пологів.

За даними літератури, як момент, що сприяє виникненню варикозного розширення вен, розглядається вагітність, яка є першим за частотою фактором ризику (у 97% пацієнток) [6,7,10]. Кількість вагітностей прямо пропорційна частоті розвитку захворювання [6]. Ми в своєму дослідженні не винайшли такої залежності, що вказує на важливість інших чинників у розвитку розширення вен малого тазу.

Треба відзначити, що у жінок з групи Р вагітність частіше супроводжувалася тими чи іншими ускладненнями (табл. 3). Причому, якщо за частотою загрози переривання та кесаревих розтинів групи вірогідно не відрізнялися, то передлежання плаценти, слабкість пологової діяльності та ранні післяпологові кровотечі у жінок з застійним тазовим синдромом реєструвалися достовірно частіше $p < 0,05$.

Майже половина з тих жінок, що мали вагітності у минулому, вони закінчилися медичним абортom (41,07 та 47,03% відповідно, $p = 0,4942$), а їх середня кількість склала

$1,39 \pm 0,14$ та $1,50 \pm 0,16$ ($p = 0,3928$). Не відрізнялися групи й за частотою мимовільних викиднів: один мимовільний викидень мали 82,35 (14 жінок) та 83,33% (5 жінок) респонденток у групі Р та К відповідно ($p = 0,117$), та 4 (3 у групі Р та 1 – у групі К) – по два. У той же час виявлені суттєві відмінності за кількістю завмерлих вагітностей (викиднів, що не відбувся), а саме: у гінекологічно здорових жінок така патологія не зустрічалася, тоді як при застійному тазовому синдромі зареєстровано 4 випадки (7,14 %, $p = 0,0264$).

Таблиця 3. Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду у опитаних жінок (n,%)

Показник	Група Р, n=37		Група К, n=44		p
	n	%	n	%	
Передлежання плаценти	4	7,14 ¹	0	0	0,0264
Загроза переривання вагітності	14	25,00	6	13,04	0,1246
Слабкість пологової діяльності	12	21,82 ¹	3	6,52	0,0257
Післяпологова кровотеча	7	12,50 ¹	1	2,17	0,0392
Кесарський розтин	9	16,07	3	6,52	0,1265

Примітка. ¹ – різниця між групами статистично вірогідна, $p < 0,05$.

Отже, проанкетовані жінки дещо відрізнялися за репродуктивним анамнезом: при наявності застійного тазового синдрому частіше реєструється патологія перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Необхідно відзначити, що серед тих жінок, які мали інформацію про перебіг вагітності у матері (67 або 75,28 % та 49 або 80,32 % відповідно по групах), структура ускладнень була подібна до вказаної респондентками. А саме: у матерів жінок групи Р була вірогідно вище частота передчасних пологів (10 або 14,92 % та 1 або 2,04 %, $p = 0,044$) та післяпологових кровотеч (12 або 17,91 % та 2 або 4,08 %, $p = 0,049$).

Частота гінекологічної патології в анамнезі у опитаних жінок була суттєво вище в групі Р (52 або 58,43% у порівнянні з 20 або 32,79% в групі К, $p = 0,0019$). Але вірогідною різниця була лише в наявності патології шийки матки, а саме – ектопії циліндричного епітелію: біля 35 % жінок з застійним тазовим синдромом мали вказану патологію в анамнезі, тоді як в групі К таких було лише біля 5 % ($p < 0,0001$).

Висновки

Таким чином, проведений аналіз показав, що жінки з клінічними проявами варикозного розширення вен малого тазу у вигляді застійного

тазового синдрому суттєво відрізняються від жінок без вказаної патології наявністю в анамнезі захворювань, які є маркерами дисплазії сполучної тканини. Отже більш глибоке вивчення застійного тазового синдрому з позицій наявності ДСТ може дати можливість покращити підходи до його лікування та профілактики.

Література

1. Хоменко Н.Е. Варикозная болезнь вен малого таза (этиопатогенез, диагностика, лечение) // Н.Е. Хоменко, Ю.Э. Восканян, С.А. Гаспарян // ЖРОАГ. – 2006. – №1. – С. 44-47.
2. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза у женщин // Н.В. Артымук // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 6. – С. 74-79.
3. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза // В.Ю. Богачев // Consilium medicum. – 2006. – № 1. – С. 20-23.
4. Зароченцева Н.В. Применение флебодиа 600 у пациенток с варикозным расширением вен малого таза и синдромом тазовых болей // Н.В. Зароченцева, Л.И. Титченко, Ю.П. Титченко и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011, № 3, С. 61-64
5. Мозес В.Г. Варикозное расширение вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни // В.Г. Мозес, Г.А. Ушакова. – М: ЭликсКом, 2006. – 108с.

6. Шерстюк Г.М. Принципы лечения варикозного расширения вен нижних конечностей/ Г.М. Шерстюк, А.Р. Контаровский, Амир Менерби// *NTerra Medica*. – 2011. – №3-4. – С. 57-61.
7. Исламова А.О. Хроническая тазовая боль у женщин с тазовым варикозом в практике врача-гинеколога/А.О. Исламова// *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – 2012. – №6/7 (58). – С. 47-49.
8. Цуканов Ю.Т. Гормональные аспекты варикозного поражения и их коррекция/ Ю.Т. Цуканов, А.Ю. Цуканов, В.Н.Баженов// *Репродуктивное здоровье женщины*. – 2008. – №2. – С.60-62.
9. Богачев В.Ю. Гормониндуцированная флебопатия. Новая проблема современной флебологии/

- В.Ю.Богачев// *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2002. – Т8, №3. – С.53-57.
10. Майоров М.В. Тазовый варикоз: особенности патогенеза, диагностики и лечения/ М.В. Майоров, С.И. Жученко, Е.А. Жуперкова// *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – 2014. – №7 (82). – С.27-32.
11. Веропотвелян П.Н. Варикозная болезнь вен малого таза, обусловленная дисплазией соединительной ткани/ П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, О.Н. Аксентьев// *Жіночий лікар*. – 2011. – №5. – С. 15-17.
12. Кадурина Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей/ Т.И. Кадурина, В.Н. Гобунова// Санкт-Петербург: Элби, 2009. – 704 с.

16.05.2014

БУГАЕВ А.Б., ЙОТЕНКО Б.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С ЗАСТОЙНЫМ ТАЗОВЫМ СИНДРОМОМ

РЕЗЮМЕ. Целью исследования было выявление факторов риска развития застойного тазового синдрома у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ особенностей анамнеза женщин с застойным тазовым синдромом. Для этого женщинам было предложено заполнить специально разработанные анкеты, которые затем были проанализированы. Было проанкетировано 89 пациенток, обратившихся для обследования в кабинет ультразвуковой диагностики с жалобами на боль внизу живота и у них было обнаружено варикозное расширение вен малого таза, и 61 гинекологически здоровая женщина, которые были отобраны по принципу случай-контроль.

Результаты. Женщины были в возрасте от 22 до 44 лет. Анализ соматического анамнеза обследованных женщин выявил существенные различия между группами по частоте патологии пищеварительного тракта (19,10 и 6,56%, $p = 0,0232$), органов зрения (29,21 и 13,11%, $p = 0,0176$), опорно-двигательного аппарата (38,20 и 16,39%, $p = 0,0031$), аллергических (19,10 и 6,56%, $p = 0,0180$) и сердечно-сосудистых заболеваний (33,71 и 13,11%, $p = 0,0033$). При наличии застойного тазового синдрома чаще регистрировалась патология течения беременности, родов и послеродового периода.

Вывод. Проведенный анализ показал, что женщины с клиническими проявлениями варикозного расширения вен малого таза в виде застойного тазового синдрома существенно отличаются от женщин без данной патологии наличием в анамнезе заболеваний, которые являются маркерами дисплазии соединительной ткани.

Ключевые слова: застойный тазовый синдром, анамнез, женщины репродуктивного возраста, варикозное расширение вен малого таза

BUGAEV A.B., IOTENKO B.A.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

MEDICAL HISTORY PECULIARITIES OF WOMEN WITH CONGESTIVE PELVIC SYNDROME

SUMMARY. The aim of the study was to identify risk factors for congestive pelvic syndrome in reproductive age women.

Materials and methods. To solve this goal were analysed characteristics of women with a history of congestive pelvic syndrome. They were asked to complete a specially designed questionnaire, which were then analyzed. Were received answers from 89 patients sent for ultrasound examination with complaints on abdominal pain and were found pelvic varicosis and 61 gynecologically healthy women selected according to case-control approach.

Results. The age of women were from 22 to 44 years. Medical history analysis of the surveyed women was revealed significant differences between groups in the incidence of digestive tract pathology (19,10 and 6,56%, $p = 0,0232$), eye (29,21 and 13,11%, $p = 0,0176$), musculoskeletal system (38,20 and 16,39%, $p = 0,0031$), allergic (19,10 and 6,56%, $p = 0,0180$) and cardiovascular (33,71 and 13,11%, $p = 0,0033$) diseases. Pregnancy, childbirth and postpartum pathology was more common in patient with congestive pelvic syndrome.

Conclusion. The analysis has shown that women with symptomatic pelvic varicosis substantially differ from women without this pathology in frequency of diseases, which are markers of connective tissue dysplasia.

Key words: congestive pelvic syndrome, medical history, reproductive age women, varicosis of pelvis veins.