

# Деякі патогенетичні аспекти варикозної хвороби вен малого таза при вагітності

Л.В. Дрогомирецький, О.М. Макарчук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Проведено клініко-статистичний аналіз 148 історій пологів жінок репродуктивного віку. Застосовували фізикальне обстеження, оцінку наявності стигм дисплазії сполучної тканини та параклінічні методи. Результати дослідження свідчать про високу частоту проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини у вагітних з варикозною хворобою вен малого таза.

**Ключові слова:** варикозна хвороба вен малого таза, недиференційована дисплазія сполучної тканини, доношена вагітність.

Варикозна хвороба вен малого таза (ВХВМТ) в якості самостійної нозологічної одиниці є відносно новою патологією для клініцистів будь-якої спеціальності. Хронічний тазовий біль та розширення вен таза у своїй практиці спостерігають як хірурги загальної практики, так і акушери-гінекологи [1, 2].

Відомо, що поширення цього захворювання, за даними статистики, коливається від 10% до 20% серед жінок репродуктивного віку. Слід зазначити, що вірогідніше за все, ці дані не відображають реальний стан проблеми внаслідок гіподіагностики варикозної дилатації тазових венозних колекторів [2, 3, 14].

Не дивлячись на значну поширеність, у більшості пацієнток ВХВМТ носить прихований для клініцистів характер, оскільки відсутні специфічні симптоми та візуальні ознаки захворювання.

Ураховуючи високу медичну та соціальну значущість даної проблеми, в останні роки ведуться інтенсивні пошуки своєчасної діагностики та лікування ВХВМТ. Виявлення маркерів варикозної трансформації вен служить одним із шляхів ранньої діагностики захворювання. Ключовою ланкою виникнення ланцюгової реакції перебудови венозної стінки є ендотеліальні клітини, які здійснюють контроль за судинною системою [4].

**Мета дослідження:** визначити клінічні, соматичні, анамnestичні та сонографічні чинники ВХВМТ для своєчасної діагностики проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) у жінок з доношеною вагітністю.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-статистичний аналіз історій пологів 148 вагітних репродуктивного віку. З них: I група – 80 вагітних (основна підгрупа – 46 жінок, контрольна – 20 жінок); II група – 68 жінок (основна підгрупа – 48 вагітних, контрольна – 20 жінок). Застосовано: фізикальне обстеження; оцінювання наявності клінічних стигм дисплазії сполучної тканини; параклінічні методи дослідження; ультразвукове ангіосканування з використанням кольорового доплера за абдомінальними та вагінальними датчиками у режимі реального часу з частотою 3,5–7,5 МГц («Aloka 1700» «Toshiba 550 Nemio», Японія).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами власних досліджень та на підставі вивчення даних наукової літератури [4, 8, 12, 15] встановлено, що частіше всього ВХВМТ потенціюється протягом вагітності та маніфестується в ранній і особливо в пізній післяпологовий період, що пов'язується з фізіологічними інволютивними процесами пуерперального періоду, перебудовою венозної системи

судин малого таза, здавленням венозних колекторів вагітною, впливом гравідарних гормонів плаценти [9, 12]. Однак не дивлячись на велику кількість теорій, до останнього часу патогенез захворювання залишається неясним [13, 14].

У всіх досліджуваних жінок оцінювали діаметр маткових, внутрішніх здухвинних та яєчникових вен та проводили пробу з натужуванням.

Критеріями включення жінок I групи в основну підгрупу були: доношена вагітність; дилатація одного або більше венозних колекторів малого таза (маткових, яєчникових внутрішніх здухвинних вен); позитивна проба з натужуванням; відсутність тяжкої акушерської патології (гестоз, синдром затримки розвитку плода); відсутність соматичної патології; інформована згода на участь у дослідженні. Критеріями включення вагітних I групи в підгрупу порівняння були: доношена вагітність; відсутність дилатації одного або більше венозних колекторів малого таза (маткових, яєчникових внутрішніх здухвинних вен); від'ємна проба з натужуванням; відсутність тяжкої акушерської патології (гестоз, синдром затримки розвитку плода); відсутність соматичної патології; інформована згода на участь у дослідженні. Критеріями виключення з дослідження були: вагітні з терміном гестації менше 37 тиж; відсутність дилатації основних венозних колекторів малого таза (маткових, яєчникових, внутрішніх здухвинних вен); від'ємною пробою з натужуванням; тяжкою акушерською та соматичною патологією; відмовою жінки від дослідження.

Усі вагітні були консультовані: терапевтом; судинним хірургом; генетиком; стоматологом щелепо-лицьової хірургії – для виявлення соматичної патології, яку можна було б співставити з ознаками симптомокомплексу НДСТ. З цією метою проводили пошук функціональних та оцінкових проб. Клінічно значущими – було наявність у вагітної 5 і більше стигм дисембріогенезу.

На третю-четверту добу післяпологового періоду всім пацієнткам проводили комплексне динамічне ультразвукове дослідження (УЗД) венозної системи малого таза.

Установлено, що у жінок з ВХВМТ при сонографічному дослідженні виявлено венозний застої в органах малого таза, який проявляється збільшенням діаметра всіх основних венозних колекторів малого таза та зберігається в пізній післяпологовий період.

Вивчення анамнезу продемонструвало, що у вагітних з ВХВМТ переважали наступні соматичні захворювання: анемія – у 9 жінок (19,56%), пролапс мітрального клапану – у 11 (23,9%), тромбоцитопатія різного генезу – у 3 жінок (5,5%). Близько третини вагітних страждали варикозною хворобою вен нижніх кінцівок (14 жінок – 30,43%), причому у більшості з них відзначено обтяжену спадковість з приводу даної судинної патології.

У половині вагітних в анамнезі є посилення на альгодисменорею – нерегулярні (25 жінок – 54,34%) та болочі (29 жінок – 63,04%) менструації, запальні процеси органів малого таза (19 жінок – 41,3%). Вагітність у даній категорії пацієнток перебігала з низкою гестаційних ускладнень, серед яких: загроза переривання вагітності в ранніх та пізніх термінах (26 жінок – 56,52%), передчасні пологи (7 жінок – 15,2%), дистрес плода при вагітності (12 жінок – 26,08%). За даними УЗД у 6 жінок

(13,03%) діагностували маловоддя як одну з ознак плацентарної дисфункції; у 5 випадках (10,86%) – синдром затримки розвитку плода.

При вивченні особливостей антропометричного дослідження у жінок основної підгрупи виявлено певні конституційні особливості: поєднання більш високого середнього росту з меншою середньою масою тіла, переважання у відсотковому відношенні пацієнток, що мали більше ніж 5 стигм дисембріогенезу. Згідно з вивченням наукових даних НДСТ проявляється слабовираженими гетерогенними симптомами і синдромами, що об'єднуються в назві «стигми дисембріогенезу» [3, 6, 8, 13]. Це власне і є предиктори функціональної та органічної патології, що дають можливість прогнозувати розвиток захворювання у даної категорії пацієнток. Не дивлячись на те, що фенотипічні прояви НДСТ у вагітних з ВХВМТ відрізнялися вираженою гетерогенністю та полісистемністю, результати проведених нами досліджень свідчать про переважання у них відсотку уражень опорно-рухового апарату (35 жінок – 72,9%); гіпермобільність суглобів (23 жінки – 47,9%); зубо-щелепного апарату (11 жінок – 22,8%); лицевого черепа (4 жінки – 8,3%) тощо. Вісцеральні прояви були представлені плоскою стопою (32 жінки – 66,7%); сколіозом (15 жінок – 31,3%); варикозним розширенням вен нижніх кінцівок (26 жінок – 34,2%); пролапсом мітрального клапану тощо.

За результатами власних досліджень та на підставі вивчення наукової літератури [4, 8, 15] у вагітних II групи основної підгрупи нами виділено три ступеня судинної патології параваріальних магістральних сплетень: I ступінь –  $5,2 \pm 0,7$  мм (28

жінок – 60,9%); II ступінь –  $6,8 \pm 0,9$  мм (11 жінок – 23,9%); III ступінь –  $9,6 \pm 1,7$  мм (7 жінок – 15,2%)

Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) є поширеним захворюванням, клінічні прояви якої зустрічаються у 26–80% в загальній популяції [5–7]. Якщо вести дискусію про групу ДСТ, то в даному випадку діагностика не викликає труднощів, оскільки дана нозологія тісно пов'язана з ураженням конкретного типу колагену, має яскраві клінічні прояви та добре вивчені генетичні маркери. На протипагу їй недиференційовані форми ДСТ характеризуються багатогранністю та полісистемністю їх клінічних проявів, ураженням різних локусів генів, що кодують синтез колагену та значущо утруднюють їхню генетичну класифікацію та діагностику [10, 11, 13].

На сьогодні чітко доведено, що ДСТ відіграє важливу роль у патогенезі варикозної хвороби [5, 7, 9, 13]. Це підтверджують і результати нашого дослідження, що свідчать про перевагу у відсотковому відношенні у жінок з ВХВМТ симптомів та синдромів, які входять у симптомокомплекс НДСТ.

## ВИСНОВКИ

Результати дослідження свідчать про високу частоту проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини у вагітних з варикозною хворобою вен малого таза. Отримані дані дозволяють уточнити та доповнити патогенетичну концепцію даного захворювання у вагітних та відкрити нові напрямки лікування та профілактики гестаційних ускладнень.

## Некоторые патогенетические аспекты варикозной болезни вен малого таза при беременности Л.В. Дрогомирецкий, О.М. Макачук

Проведен клинико-статистический анализ 148 историй родов женщин репродуктивного возраста. Применяли физикальное обследование, оценку наличия стигм дисплазии соединительной ткани и параคลินิกические методы. Результаты обследования свидетельствуют о высокой частоте проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани у беременных с варикозной болезнью вен малого таза.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь вен малого таза, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, доношенная беременность.

## Some pathogenetic aspects of varicosity of small pelvis veins in pregnancy L.V. Drohomiretskiy, O.M. Makarchuk

The article represents a clinical statistical analysis of 148 case records of labors in women of reproductive age. It involved the use of physical examination, the assessment of the presence of stigmata of connective tissue dysplasia and paraclinical methods. The research results have shown frequent occurrence of the manifestations of undifferentiated dysplasia of connective tissue in pregnant women with varicosity of small pelvis veins.

**Key words:** varicosity of small pelvis veins, undifferentiated dysplasia of connective tissue, full-term pregnancy.

## Сведения об авторах

Дрогомирецкий Любомир Владимирович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 75014 . г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

Макачук Оксана Михайловна – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 75014 . г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2, тел.: 050-52-10-192

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Бауэрзакс Ж., Флеминг И., Буссе Р. Патофизиология хронической венозной недостаточности. Флебология. – 1998. – № 7. – С. 1–7.
- Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза /В.Ю. Богачев // Болезни сердца и сосудов. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 36–39.
- Горбатенкова С.В., Драпкина О.М., Кузнецов Н.Е. и др. Синдром дисплазии соединительной ткани в практике врача-кардиолога // Клини. мед. – 2003. – № 4. – С. 67–69.
- Кириенко А.И. Варикозная болезнь вен малого таза /А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев, В.И. Прокубовский // Флебология под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 285 с.
- Клеменов А.В. Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Клини. мед. – 2003. – № 10. – С. 4–7.
- Козлова С.И., Семанова Н., Демикова Н.С. и др. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. – М.: Медицина, 1996. – 228 с.
- Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. и др. Врожденные дисплазии соединительной ткани // Вестн. Рос. АМН. – 1998. – С. 47–54.
- Рымашевский Н.В. и др. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин. – Ростов-на-Дону, 2000. – 301 с.
- Смолиенко В.Н. Дисплазии соединительной ткани у больных трофическими язвами при хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Дерматология та венерология, 2010. – № 3 (49). – С. 29–32.
- Смолинова Т.Ю., Буянова С.Н., Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин // Клини. мед. – 2003. – № 8. – С. 42–48.
- Синьовська О.Б. Дисплазія сполучної тканини серця: морфологічний субстрат, теорія генезу // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т. 9, № 2. – С. 164–167.
- Сукватых Б. Варикозная болезнь вен малого таза // Медицинская газета, 2011. – № 94. – С. 8–9.
- Яковлев В.М., Нечаева Г.И., Викторова И.А. и др. Терминология, определения с позиции клиники, классификация врожденной дисплазии соединительной ткани // Врожденные дисплазии соединительной ткани: Тезисы симпозиума. – Омск, 1991. – С. 3–5.
- Baker S.R., Stacey M.M.C., JorrmcKay A.G. et al. Epidemiology of chronic venous ulcers // Br.J.Surg. 1991. – № 78. – P. 864–867.
- Chilla B.K., Knusel P.R., Zollikoftr Ch.L. Pelvic congestion syndrome // Schweiz Rundsch Med. Prax. 2006. – Vol. 95, N 41. – P. 1583–1588.

Статья поступила в редакцию 18.03.2015