

*Homovsky V. V.*

### RESULTS AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION ASSOCIATED WITH SPINE PATHOLOGY

**Summary.** *This article analyzes the parameters of daily monitoring of blood pressure in patients with arterial hypertension associated with disorders of the spine and their dynamics under the influence of vertebrology therapy.*

**Key words:** *hypertension, daily monitoring of blood pressure, vertebrology therapy.*

Стаття надійшла до редакції 17.12.2014 р.

Хомовський Віктор Васильович - к.мед.н., асистент кафедри терапії з курсом загальної практики та сімейної медицини ФПО Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 0382 55-91-15

© Чечуга С.Б., Сілін Г.А.

УДК:618.13:618.14-007.64-08-07:618.718.19

**Чечуга С.Б., Сілін Г.А.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ОВАРІКОВАРІКОЦЕЛЕ. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

**Резюме.** *Стаття присвячена пошуку патогномонічних клінічних ознак у жінок репродуктивного віку з оваріоварікоцеле та больовим синдромом шляхом проспективного аналізу скарг пацієнтів даної категорії. Результати проведеного дослідження свідчать, що ознаками, які характеризують пелвалгію у жінок з варикозним розширенням яєчникових вен є постійний тупий або тягнучий тазовий біль з іррадіацією в здухвинну та попереково-крижову ділянку. Провокуючими факторами цього болю є фізичне навантаження, вимушене положення стоячи та сидячи, перерваний статевий акт та друга половина менструального циклу. Паритет пологів може бути фактором ризику розвитку оваріоварікоцеле.*

**Ключові слова:** *тазовий біль, оваріоварікоцеле, варикозне розширення яєчникових вен.*

### Вступ

Хронічний тазовий біль у жінок визначають як біль, що походить з малого тазу та триває не менш ніж 6 місяців, який не пов'язаний ні з менструальним циклом ні з сексуальною активністю. Цей стан є поширеною гінекологічною проблемою і становить за різними даними 10-40% усіх візитів до гінеколога. Причини, що викликають хронічну пелвалгію дуже різноманітні і найчастіше пов'язують з певною патологією: гінекологічною (ендометріоз, міома матки, злукотний або запальний процес в малому тазу), урологічною (цистит), хірургічною (коліт, хвороба Крона) і навіть ортопедичною (захворювання кульшового суглоба). [Римашевський, 2000; Ющенко, 2005]. Однак наявність "рутинної" патології або навіть відсутність патологічних змін не завжди може пояснити інтенсивність больового синдрому в малому тазу [Савицький, 2000].

Сучасна наукова точка зору відводить порушенню венозної тазової гемодинаміки значну роль в розвитку стійкого больового синдрому. Підтвердженням тому є те, що варикозне розширення яєчникових вен знаходять в половині випадків тазових алгій [Проскуракова, 2000; Cheong, 2006; Seong, 2004].

Оваріоварікоцеле діагностується у 38-69% пацієнток з безплідністю і порушенням менструальної функції без будь-яких істотних морфо-функціональних змін в органах малого тазу. Виникнення оваріоварікоцеле пов'язують з порушенням відтоку крові з венозних сплетін яєчника внаслідок неспроможності оваріальної вени. Серед причин неспроможності виділяють при-

роджену слабкість судинної стінки і неспроможність клапанного апарату, набуті порушення судинного тону-су яєчничкової вени внаслідок анатомо-функціональних особливостей венозного відтоку і розвитку венозної гіпертензії [Альтман, 2003].

На відміну від варікоцеле у чоловіків, варикозне розширення яєчникових вен у жінок є проблемою не достатньо вивченою. Недостатність детальних описів особливостей перебігу больового синдрому, що супроводжує оваріоварікоцеле, вірогідно, є причиною відсутності чітких клінічних критеріїв для виявлення цієї патології. Тому метою цього дослідження є пошук патогномонічних клінічних ознак у жінок репродуктивного віку з оваріоварікоцеле та больовим синдромом шляхом проспективного аналізу скарг пацієнтів даної категорії.

### Матеріали та методи

Під час цього дослідження було виконане проспективне дослідження 100 жінок репродуктивного віку (18-45 років) з варикозним розширенням вен яєчника (основна група). З дослідження було виключено пацієнти з запальними процесами органів малого тазу, з ендометріозом та лейоміомою матки, розміри якої перевищували відповідно 9 тижнів вагітності. Контрольна група була визначена шляхом випадкової вибірки з виключенням осіб з органічною та запальною патологією органів малого тазу, дисгормональними розладами та оваріоварікоцеле та складалась з 50 жінок репродук-

тивного віку.

Клінічне обстеження проводили за спеціально розробленою анкетой, один із розділів якою був присвячений характеристиці больового синдрому, до складу якого входили візуально - аналогова шкала (ВАШ) та опитувальник Мак-Гіла (Short form of McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ). ВАШ відповідає 100 міліметровій горизонтальній лінії, на одному кінці якої стоїть позначка "немає болю" на протилежному - "найсильніший біль". Пацієнта просять позначити точку, яка відображає його відчуття болю. Ця точка і є цифровим виразом болю. SF-MPQ-опитувальник, який складається з 11 сенсорних (біль пульсуючий, стріляючий, "штрикання голкою", гострий, спазмо подібний, ниючий, пекучий, тупий, тягнучий, що розпирає, відчуття занози) та 4 афективних (відчуття виснаженості, відчуття дурноти, відчуття страху, відчуття покарання) вербальних характеристик. Пацієнта просять оцінити кожну характеристику за шкалою від 0 до 3 (відсутній, незначний, середній, значний). Вираховується 3 компонента - сенсорний(S), афективний(A) та загальний(T).

Індекс болю визначається в залежності від кількості вибраних слів та ступеню прояву.

### Результати. Обговорення

Дизайн роботи передбачав дослідження больового синдрому у жінок репродуктивного віку з оваріокаріоцеле, тому хронічний тазовий біль зустрічався у всіх жінок в основній групі.

Оцінка інтенсивності болю у жінок основної групи (n=100) за візуально-аналоговою шкалою дала наступні результати: біль дуже слабкий, швидкоплинний (1-2 бала): 2%, біль слабкий (3-4 бала): 16%, біль помірний (5-6 балів): 67%, біль сильний (7-9 балів): 15%, біль нестерпний (10 балів): 0%.

Середній показник за ВАШ становив 59,3±8,9 мм.

Загальна оцінка болю в балах за опитувальником Мак-Гіла розподілилась наступним чином: 1-10 балів - 28%, 11-20 балів - 59%, 21-30 балів - 13%, 31-45 балів - 0%.

Серед жінок з хронічним тазовим болем та оваріокаріоцеле не народжували 12 (12%), в анамнезі одні пологи 18 (18%), двоє пологів 45 (45%), троє пологів 23 (23%) четверо пологів 2 (2%), на відміну від контрольної групи: паритет 0 - 41 (41%), паритет 1 - 48 (48%), паритет 2 - 11 (11%), паритет 3 - 0%.

Перерваний статевий акт практикують 46 (46%) жінок основної групи та 9 (18%) контрольної групи.

Щодо провокуючих факторів виникнення або посилення больового синдрому, то 71 (71%) вказували на посилення болю після фізичного навантаження, 59 (59%) тривалого вимушеного положення стоячи, 52

(52%) положення сидячи,

Було також досліджено вплив фази менструального циклу на виникнення або посилення болю: 15 (15%) жінок помічали посилення болю протягом фолікулінової фази циклу, 54 (54%) спостерігали, що біль стає сильнішим в лютеїнову фазу та решта 31 (31%) не пов'язували виникнення або посилення болю з фазою менструального циклу.

Стосовно вербального опису болю, то 89 (89%) визначили його, як тупий; 81 (81%), як тягнучий; 43 (43%), як ниючий; 7 (7%), як "штрикання голкою"; 4 (4%), як біль, що розпирає; 3 (3%), як спазмо подібний, 3 (3%), як відчуття занози.

Була оцінена здатність болю до іррадіації. У 3 (3%) жінок з оваріокаріоцеле біль віддавав у піхву, у 1 (1%) пацієнтів - в промежину, у 52 (52%) - іррадіація була в попереково-крижову ділянку, в 48 (48%) випадках - в здухвинну та у 12 (12%) жінок біль був локалізований.

Не зважаючи на те, що хронічний біль в нижній ділянці живота є поширеною скаргою серед гінекологічних хворих, проведене дослідження дозволило вивчити особливості клінічного перебігу оваріокаріоцеле та встановило, що больовий синдром у пацієнтів з варикозним розширенням яєчникових вен відрізняється варіабельною інтенсивністю, вербально оцінюється переважно як тупий або тягнучий, з іррадіацією в здухвинну та попереково-крижову ділянку, посилюється при фізичному навантаженні та тривалому вимушеному положенні стоячи та сидячи, та в лютеїнові фазу циклу.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Результати проведеного дослідження свідчать, що ознаками, які характеризують пелвіалгію у жінок з варикозним розширенням яєчникових вен є постійний тупий або тягнучий тазовий біль з іррадіацією в здухвинну та попереково-крижову ділянку, провокуючими факторами цього болю є фізичне навантаження, вимушене положення стоячи та сидячи, перерваний статевий акт та друга половина менструального циклу, паритет пологів може бути фактором ризику розвитку оваріокаріоцеле.

2. Попри недостатню специфічність означеного симптомокомплексу, наявність його спонукає лікаря до призначення скрінінгового ультразвукового та доплерометричного дослідження вен яєчника та органів малого тазу.

Візуальна аналогова шкала та опитувальник Мак-Гіла є корисним засобом в оцінюванні інтенсивності та характеру больового синдрому у жінок з оваріокаріоцеле і може слугувати критерієм ефективності подальшого лікування.

### Список літератури

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Альтман І. В. Рентгеноендоваскулярна оклюзія яєчникових вен у лікуванні оваріокаріоцеле / І.В. Альтман, Варикозна хвороба та рецидивний | С.М Фуркало // Одеський медичний журнал. - 2003. - № 4. - С. 21-23. | флебіт малого тазу у жінок / [Римашевський Н.В., Маркіна В.В., Волков А.Е. та ін.]. - Ростов-н/Д.: Вид. |
|---|---|---|

РГМУ, 2000. - С. 164.  
Проскурязова О. В. Приватні питання венозного кровообігу внутрішніх статевих органів жінок /Проскурязова О. В. // Допплерографія в гінекології ; під ред. Зикіна Б.І., Медведєва М.В. - М.: РАВУЗДПГ, Реальний час, 2000. - С. 133-144.

Ющенко А. Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь? / Ющенко А. Н. / / Новости медицины и фармации. - 2005. - №9. - С. 14-16.  
Langeron P. Тазовый венозный стаз, тазовое расширение вен (варикоцеле): гемодинамические, патогенетические и клинические проблемы; пер. с фр. Langeron P. // Phlebologie, Annales Vasculaires. - 2005. - № 2. - P. 155-159.

Cheong Y. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy / Y. Cheong, R. Stones // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. - 2006. - Vol. 20 (5). - P. 695-711.

**Чечуга С.Б., Силин Г.А.**

## БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОВАРИКОВАРИКОЦЕЛЕ. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

**Резюме.** Статья посвящена поиску патогномоничных клинических признаков у женщин репродуктивного возраста с овариоварикоцеле и болевым синдромом путем проспективного анализа жалоб пациентов данной категории. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что признаками, которые характеризуют пеллвалгию у женщин с варикозным расширением яичниковых вен являются постоянная тупая или тянущая тазовая боль с иррадиацией в подвздошную и пояснично-крестцовую область. Провоцирующими факторами этой боли являются физическая нагрузка, вынужденное положение стоя и сидя, прерванный половой акт и вторая половина менструального цикла. Паритет родов может быть фактором риска развития овариоварикоцеле.

**Ключевые слова:** тазовая боль, овариоварикоцеле, варикозное расширение вен яичника.

**Chechuga S.B., Silin G.A.**

## PAIN SYNDROME AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OVARIAN VARICOSITY. CLINICAL CHARACTERISTICS

**Summary.** The article is devoted to the study of pathognomonic signs of symptomatic ovarian varicosity among women of childbearing age by prospective analysis of the patients' complaints. The results of this research indicate that characteristic signs of pelvic pain among women with ovarian varicosity are chronic dull or heavy pelvic pain with irradiation in iliac and lumbosacral region. The factors that exacerbate the pain are physical exercises, forced standing and sitting position, coitus interruptus, the second half of menstrual cycle. Birth parity can be a risk factor of ovarian varicosity development.

**Key words:** pelvic pain, ovarian varicosity.

Стаття надійшла до редакції 16.12.2014 р.

Чечуга Сергій Броніславович - д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 57-03-60

Сілін Геннадій Анатолійович - здобувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 066 55-05-969

© Чирка Ю.Л.

УДК: 616.8-009.7-089

**Чирка Ю.Л.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ВИБІР ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЗАП'ЯСТКОВОГО КАНАЛУ

**Резюме.** Запропоновані десятки підходів до хірургічного лікування компресійної тунельної невропатії серединного нерву в ділянці карпального каналу (синдрому зап'ясткового каналу). На сучасному етапі розвитку хірургії застосовуються як методи прямої декомпресії через лінійний розріз на долоні так і ендоскопічне розсічення поперечної зв'язки зап'ястка з використанням спеціальних ретракторів. Актуальним є вибір оптимального методу в залежності від визначених критеріїв. Прооперовано 48 пацієнтів з синдромом зап'ясткового каналу. В 18 випадках використовувалась ендоскопічна декомпресія серединного нерву, в 30 - пряма декомпресія. Через 30 днів після операції пацієнти були обстежені в клініці. В процесі аналізу виконано розподіл отриманих даних в залежності від ступені зменшення поперечного січення серединного нерву в карпальному каналі (<10% та ?10%) та тривалості захворювання (<6 міс. та ?6 міс.). Визначено вплив ступені зменшення поперечного січення серединного нерву та тривалості захворювання на відновлення чутливості в пальцях кисті та термін відновлення працездатності руки у прооперованих хворих. На основі отриманих даних наведені рекомендації відносно вибору хірургічного методу лікування.

**Ключові слова:** синдром зап'ясткового каналу, серединний нерв, ендоскопічна декомпресія.

### Вступ

Компресійна тунельна невропатія серединного нерву (СН) в ділянці зап'ястка, або синдром зап'ясткового каналу (код МКХ 10 - G56.0), це захворювання пред-

ставлене комплексом симптомів, що викликані стисненням СН будь яким патологічним процесом в ділянці карпального каналу. Синдром зап'ясткового каналу (СЗК)