

DOI: 10.21802/artm.2021.4.20.43

УДК 618.11/.15-002.2-06:616.146/.147-007.64]-092-07

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК НА ТЛІ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Н.В. Дрогомирецька

*Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології  
ім. І.Д. Ланового, м. Івано-Франківськ, Україна,  
ORCID ID: 0000-0002-7371-2450, e-mail: natalya.vl@ukr.net*

**Резюме. Мета.** Вивчення особливостей перебігу хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів у жінок на тлі варикозного розширення вен малого таза.

**Матеріали і методи.** У порівняльному аспекті представлені основні моменти клінічної характеристики 30 жінок контрольної та 120 пацієток основної групи (з хронічними запальними процесами внутрішніх статевих органів на тлі варикозного розширення вен малого таза, ізольованими хронічними запальними процесами внутрішніх статевих органів).

**Результати.** Визначені основні соціальні та медичні чинники розвитку варикозного розширення вен малого таза в жінок із хронічними запальними процесами внутрішніх статевих органів (статичний спосіб життя та фізичного навантаження (відношення шансів 2,67; 95 % довірчий інтервал 1,21-5,86;  $p=0,02$ ), перерваний статевий акт (відношення шансів 2,41; 95 % довірчий інтервал 1,11-5,24;  $p=0,04$ ), високий паритет пологів (відношення шансів 3,51; 95 % довірчий інтервал 1,37-8,97;  $p=0,01$ )).

**Висновки.** Анамнестичні дані (статичний спосіб життя та фізичного навантаження, невиношування вагітностей, високий паритет пологів), а також особливості клінічного перебігу хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів у жінок на тлі варикозного розширення вен малого таза (виражений хронічний тазовий біль, пастозність і болючість склепінь, диспареунія, сексуальна дисфункція) повинні бути провідними при відборі пацієнтів для використання розширеного діагностичного алгоритму (ультразвукове дослідження вен малого таза в поєднанні з кольоровим доплерівським картуванням).

**Ключові слова:** хронічні запальні процеси внутрішніх статевих органів, варикозне розширення вен малого таза, хронічний тазовий біль.

**Вступ.** Одним із пріоритетних напрямів сучасної охорони здоров'я є питання охорони здоров'я матері та дитини. У всіх цивілізованих країнах нині проводяться широкомасштабні дослідження, скеровані на вивчення причин порушення репродуктивної функції людини та розроблення методів, що відновлюють фертильність [1, 2]. Хронічні запальні процеси внутрішніх статевих органів (ХЗПВСО) залишаються лідерами в структурі гінекологічних захворювань, а також є найчастішою причиною порушення репродуктивного здоров'я жінки, створюючи не тільки медичну, а і соціальну й економічну проблеми. Синдром хронічного тазового болю (ХТБ), безпліддя, невиношування вагітності, ектопічна вагітність – це далеко не повний перелік наслідків їхнього негативного впливу на репродуктивну функцію жінки.

**Обґрунтування дослідження.** Ймовірність розвитку запальних захворювань геніталій залежить від сексуальної активності та кількості статевих партнерів, віку жінки та методу контрацепції, проведення інвазивних гінекологічних втручань [3].

Цьому контингенту пацієток притаманні певні особливості, які необхідно враховувати – це висока частота психоневрологічних розладів, переважно депресивного характеру, наявність стійкого больового синдрому, синдрому тазового венозного повнокров'я [4].

ХЗПВСО є однією з найчастіших причин ХТБ (56,5 %), проте, згідно з літературними даними, в 77 % жінок із цим діагнозом спостерігаються поєднані патологічні стани [5, 6].

Важливою клінічною особливістю ХТБ є зниження якості життя, що можна вважати одним із діагностичних критеріїв. Це проявляється функціональними порушеннями, психосоціальними розладами, сексуальною дисфункцією та знижує самооцінку жінки [7, 8]. Пацієнтки з ХТБ скаржаться на порушення сну, втрату працездатності, погіршення настрою аж до депресивних та іпохондричних станів, які зі свого боку посилюють патологічну больову реакцію. М.Н. Слесаревська та співавт. [9] встановили, що відбувається формування своєрідного “замкненого кола”: біль – соціальна дезадаптація – психоемоційні порушення – біль.

Питанням вивчення діагностики та лікування ХЗПВСО і варикозного розширення вен малого таза (ВРВМТ) в жінок як окремих нозологічних одиниць присвячені чимало наукових робіт, проте слід відзначити, що в жодній з них не було спроб визначення можливих механізмів формування їх коморбідності [10-14].

**Мета дослідження.** Вивчення особливостей перебігу хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів у жінок на тлі варикозного розширення вен малого таза.

**Матеріали і методи.** На етапі формування груп були відібрані 120 жінок з ХТБ і ХЗПВСО у анамнезі, які надалі підлягали проспективному дослідженню та були розподілені на дві групи: першу складала 68 ((56,7±4,5) %) пацієток з ХЗПВСО на тлі ВРВМТ, другу – 52 ((43,3±4,5) %) з ХЗПВСО без ВРВМТ. До групи контролю увійшли 30 практично здорових жінок. Середній вік обстежених пацієток першої та другої груп становив (32,1±2,8) і (31,8±3,5) років відповідно, що практично збігалось з показниками групи контролю ((29,4±3,2) років).

Критеріями включення до груп вважали: вік жінки від 18 до 45 років, наявність в анамнезі епізодів загострень запальних захворювань органів малого таза, синдром ХТБ, ехографічні й ендоскопічні ознаки ВРВМТ. До ехографічних і доплерометричних ознак відносили наступні: підтверджена ультразвуковим дослідженням (УЗД) дилатація понад 5 мм у діаметрі будь-якого з основних венозних колекторів малого таза (яєчникових, маткових, аркуатних вен), позитивна проба Вальсальви, зниження пікової систолічної швидкості кровотоку в руслі маткових вен нижче за 6

см/с. Критерії виключення були наступними: онкопатологія будь-якої локалізації, генітальний ендометріоз, гострі запальні захворювання органів малого таза, запальні захворювання органів малого таза специфічної етіології, пухлини органів малого таза, тяжка соматична та психічна патологія, відмова від участі в дослідженні.

Для формування баз даних і статистичної обробки матеріалу на всіх етапах дослідження були застосовані комп'ютерні програми на основі Microsoft Office Excel з використанням ліцензованих пакетів статистичного аналізу Microsoft Excel і Statistica 7.0.

**Результати дослідження.** Для виявлення факторів ризику в обстежених жінок проводився детальний аналіз ймовірних внутрішніх і зовнішніх значущих чинників: спадковість, вік, професійна належність, хронічні соматичні захворювання та їхній перебіг, характер менструальної, дітородної функції і статевого життя, перенесені гінекологічні захворювання.

Аналіз факторів професійної зайнятості пацієток продемонстрований у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл обстежених жінок за професійною зайнятістю

Досліджувані групи	Професійна зайнятість							
	робітниця		домогосподарка		службовці		студентки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Перша (n=68)	32	47,15±6,1*	13	19,1±4,8	8	11,8±3,9*	15	22,1±5,0*
Друга (n=52)	13	25,0±6,0	12	23,1±5,8	17	32,7±6,5	10	19,2±5,5*
Контрольна (n=30)	6	20,0±7,3	10	33,3±8,6	12	40,0±8,9	2	6,7±4,6

**Примітки:** \* – перша група/контрольна група; друга група/контрольна група –  $p < 0,05$ ; \* – перша група/друга група –  $p < 0,05$ .

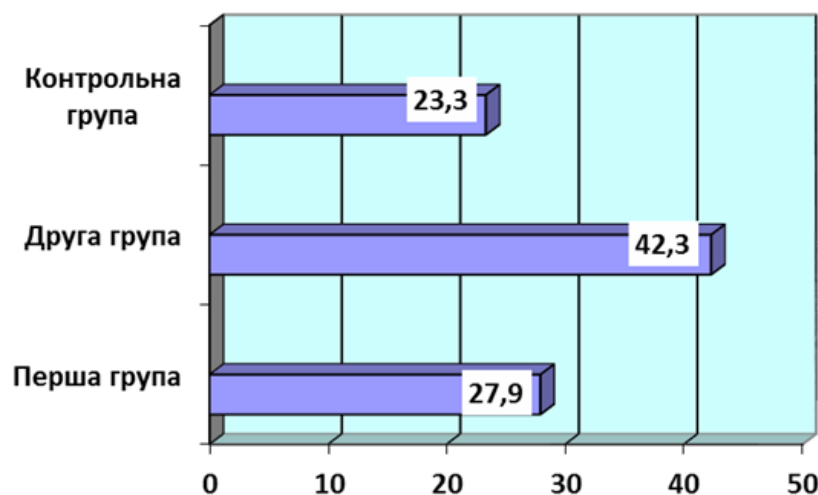
Проведені дослідження показали, що переважна більшість жінок першої групи займалася фізичною працею, з них робітницями були 32 ((47,15±6,1) %), домогосподарками – 13 ((19,1±4,8) %). При детальнішому вивченні умов праці було встановлено, що тривале статичне навантаження в положенні стоячи чи сидячи в другій групі спостерігалось в 38 ((55,9±6,0) %) і 7 ((10,3±3,7) %) випадках, надмірні фізичні навантаження, особливо пов'язані з підйомом вантажів – у 12 ((23,1±4,6) %) і 6 ((11,5±4,4) %) відповідно. На нашу думку, такі несприятливі умови праці мали негативний вплив на венозну гемодинаміку.

Аналіз фактора зайнятості серед працездатного населення показав, що частка непрацюючих серед жінок другої групи була в 1,2 раза більшою порівняно з першою. Ризик виникнення ВРВМТ в робітниць був достовірно вищим порівняно з контрольною (ВШ 3,56; 95 % ДІ 1,29-9,80;  $p=0,02$ ) та другою (ВШ 2,67; 95 % ДІ 1,21-5,86;  $p=0,02$ ) групами. Працюючі жінки, які займалися розумовою працею, переважали в другій ((32,7±6,5) %) і контрольній ((40,0±8,9) %) групах.

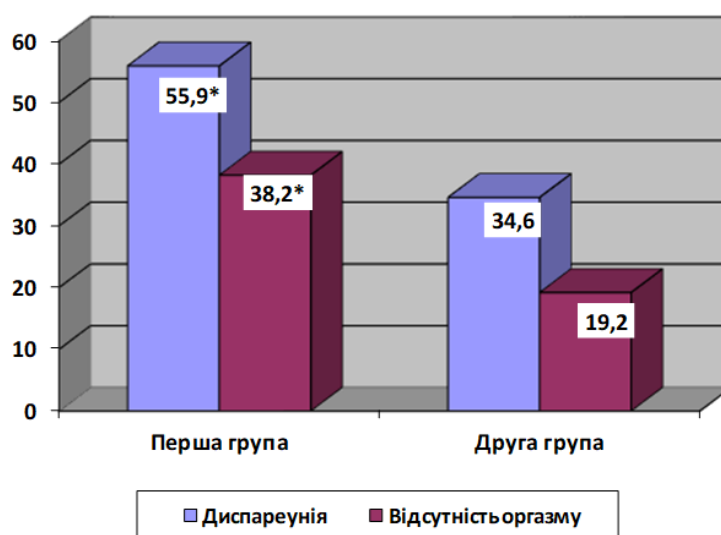
Результати вивчення статевої функції (рис. 1) показали, що раннє статеве життя (до 18 років) розпочали в 2,7 раза більше пацієток першої групи, 3,1 – другої проти групи контролю.

У багатьох жінок поінформованість про гігієну статевого життя, контрацепцію тощо була відсутньою чи неповною. Між першою та другою групами були виявлені достовірні розходження за кількістю статевих партнерів під час усього сексуального життя. Більш як 3 статевих партнери мали 24 ((35,3±5,8) %) жінки першої групи, 17 ((32,7±6,5) %) – другої проти даних контролю ( $p < 0,05$ ), де моногамність у статевих стосунках переважала (21; (70,0±8,4) %). Нерегулярне статеве життя мали 47 ((69,1±5,6) %) пацієток першої групи, 25 ((48,1±6,9) %) – другої.

Основні скарги жінок з боку статевої функції в досліджуваних групах були на диспареунію (рис. 2). Встановлено, що в пацієток першої групи ризик виникнення сексуальної дисфункції був достовірно вищим порівняно з другою: диспареунії (ВШ 2,39; 95 % ДІ 1,14-5,04;  $p=0,03$ ) й аноргазмії (ВШ 2,60; 95 % ДІ 1,12-6,06;  $p=0,04$ ).



**Рис. 1. Питома вага початку раннього статевого життя в досліджуваних групах, %.**  
Примітка: \* – перша група/контрольна група; друга група/контрольна група –  $p < 0,05$ .



**Рис. 2. Розлади статевої функції жінок у досліджуваних групах, %.**  
Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно з другою групою.

Щодо застосування контрацептивних засобів було виявлено, що майже половина пацієток першої групи вдавалися до перерваного статевого акту, що негативно впливає на венозну гемодинаміку малого таза та достовірно збільшує ризик виникнення ВРВМТ на тлі хронічних запальних процесів репродуктивної системи (ВШ 2,41; 95 % ДІ 1,11-5,24;  $p=0,04$ ) (рис. 3).

Вивчення особливостей менструальної функції показало присутність гормонального дисбалансу в жінок досліджуваних груп. Привертала увагу висока частота нерегулярного менструального циклу проти даних контролю (в першій групі – у 8,6 раза, другій – 8,9 відповідно;  $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Менархе в межах вікової фізіологічної норми (11-13 років) спостерігалось у 87 ((72,5±4,1) %) обстежених пацієток і в усіх жінок контрольної групи, у 14-15 – 25 ((20,8±3,7) %), у 15-16 – тільки у 8 ((6,7±2,3) %) осіб, водночас усі жінки були рівномірно представлені в усіх групах спостереження.

Найпоширенішими формами порушень менструальної функції були наступні: передменструальний синдром у 2,7 і 3,1 раза перевищував дані контролю (31 ((45,6±6,0) %) пацієтка першої, 27 ((51,9±6,9) %) – другої проти 5 ((16,7±6,8) %) у контролі;  $p < 0,05$ ); альгодисменорея – 2,1 і 2,3 відповідно (34 ((50,0±6,1) %) особи першої, 28 ((53,8±6,9) %) – другої проти 7 ((23,3±7,7) %) у контролі;  $p < 0,05$ ).

Порушення менструального циклу у вигляді мізерних, скудних менструацій (олігоопсоменорея) траплялися в поодиноких випадках в обох досліджуваних групах.

Вивчаючи репродуктивний анамнез пацієток, встановили, що жінки першої групи мали в 3,4 раза вищий паритет пологів порівняно з другою ( $p < 0,05$ ) (ВШ 3,51; 95 % ДІ 1,37-8,97;  $p=0,01$ ) і контролем (ВШ 3,55; 95 % ДІ 1,11-11,36;  $p=0,04$ ), що також можна вважати провідним фактором ризику розвитку ВРВМТ.

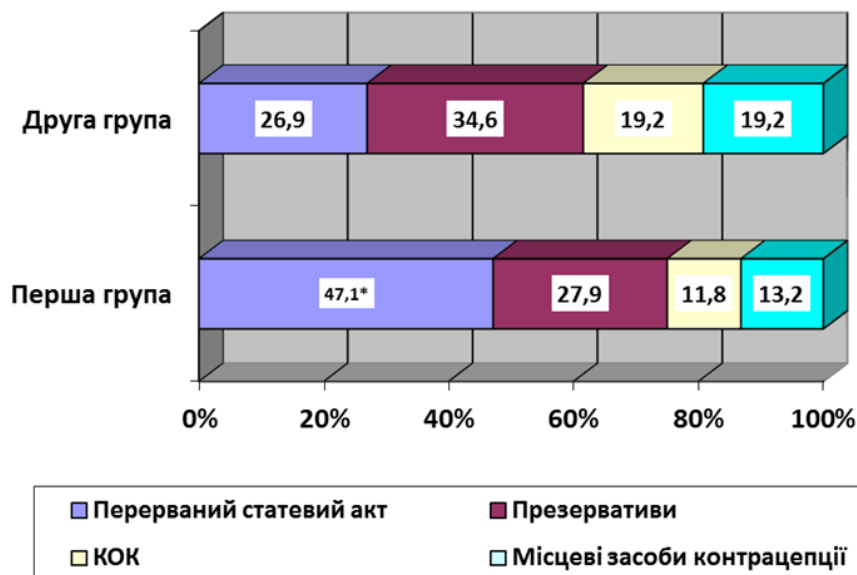


Рис. 3. Порівняльний структурний розподіл використовуваних методів контрацепції в досліджуваних групах.

Примітка: \* –  $p < 0,05$  між групами.

Таблиця 2

Характеристика менструальної функції обстежених жінок

Показник	Досліджувані групи					
	перша (n=68)		друга (n=52)		контрольна (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Опсоменорея	2	2,9±2,0	3	5,8±3,2	-	-
Олігоменорея	8	11,8±3,9	6	11,5±4,4	-	-
Альгодисменорея	34	50,0±6,1*	28	53,8±6,9*	7	23,3±7,7
Менометрорагії	10	14,7±4,3*	7	13,4±4,7	1	3,3±3,3
Передменструальний синдром	31	45,6±6,0*	27	51,9±6,9*	5	16,7±6,8
Нерегулярний менструальний цикл	39	57,4±6,0*	31	59,6±6,8*	2	6,7±4,6
Регулярний менструальний цикл	29	42,6±6,0*	21	40,4±6,8*	28	93,3±4,6

Примітка: \* – перша група/контрольна група; друга група/контрольна група –  $p < 0,05$ .

Також слід зазначити, що в досліджуваних групах значущою була частка мимовільних викиднів (у 4,7 рази більше, ніж в першій групі;  $p < 0,05$ ) (ВШ 4,23; 95 % ДІ 1,15-15,62;  $p = 0,04$ ) і завмерлих

вагітностей, що може свідчити не тільки про асоційовану гормональну дисфункцію, але й про перенесені в анамнезі гострі запальні захворювання специфічної етіології (табл. 3).

Таблиця 3

Особливості репродуктивної функції обстежених жінок

Показник	Досліджувані групи					
	перша (n=68)		друга (n=52)		контрольна (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Три та більше пологів	24*	35,3±5,6**	7	13,5±4,7	4	13,3±6,2
Вторинне непліддя	9	13,2±4,1	6	11,5±4,4	-	-
Синдром втрати плода	9	13,2±4,1	8	15,4±5,0	-	-
Позаматкова вагітність	7*	10,3±3,7	6*	11,5±4,4	1	3,3±3,3
Мимовільний викидень	14	20,6±3,9**	3	5,8±3,2	-	-
Артифіціальний аборт	5*	7,4±3,2	4*	7,7±3,7	1	3,3±3,3

Примітка: \* – перша група/контрольна група; друга група/контрольна група –  $p < 0,05$ ; \*\* – перша група/друга група –  $p < 0,001$ .

Зважаючи на провідне значення дисплазії сполучної тканини (ДСТ) в розвитку варикозної хвороби та вивчаючи соматичні захворювання в

досліджуваних групах, насамперед звертали увагу на ті особливості, що належать до системних фенотипічних проявів недиференційованих форм ДСТ

(загальний інфантилізм, міопія, патологія хребта, пролапс мітрального клапана (ПМК), гастродуоденіт,

нефроптоз, варикозне розширення вен нижніх кінцівок (ВРВНК), пахова грижа) (табл. 4).

**Таблиця 4**  
**Частота соматичних захворювань (проявів недиференційованих форм дисплазії сполучної тканини) в жінок досліджуваних груп**

Соматичне захворювання	Досліджувані групи					
	перша (n=68)		друга (n=52)		контрольна (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загальний інфантилізм	12	17,6±4,6	2	3,8±2,7	-	-
Міопія	15	17,6±4,6*°	3	5,8±3,2*	1	3,3±3,3
Патологія хребта	3	4,4±2,5	-	-	-	-
ПМК	5	7,4±3,2°	1	1,9±1,9	-	-
Гастродуоденіт	8	11,8±3,9*°	2	3,8±2,7	1	3,3±3,3
Нефроптоз	7	10,3±3,7°	1	1,9±1,9	-	-
ВРВНК	18	26,5±5,4°	2	3,8±2,7	-	-
Пахова грижа	5	7,4±3,2	-	-	-	-

**Примітки:** \* – перша група/контрольна група; друга група/контрольна група –  $p < 0,05$ ; ° – перша група/друга група –  $p < 0,05$ .

Попри наявність розглянутих патологій у досліджуваних групах і групі контролю, чітко простежується їх достовірна перевага в першій групі ( $p < 0,05$ ).

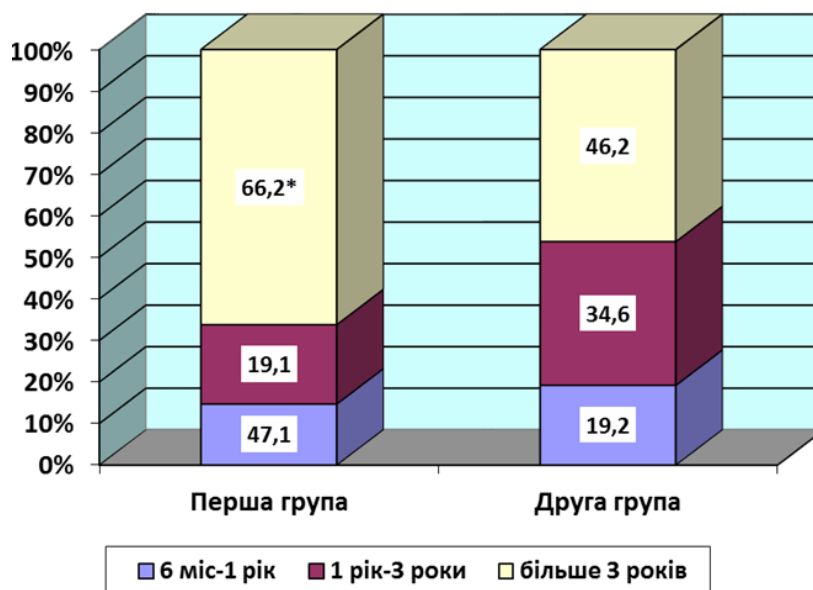
Отже, отримані результати даних анамнезу пацієнток досліджуваних груп підтвердили та продемонстрували вагому роль ДСТ в генезі ВРВМТ.

Основною скаргою жінок у проведеному дослідженні був тазовий біль. Термін “ХТБ” використовують у разі тривалості болю протягом 6 місяців і більше. Зважаючи на це, розподіл пацієнток у досліджуваних групах за тривалістю больового анамнезу виглядав наступним чином: понад 6 місяців – 1 рік; від 1 року до 3; понад 3 роки (рис. 4).

Проведений аналіз скарг обстежених пацієнток продемонстрував тривалий больовий анамнез в осіб першої групи: больовий синдром понад 3 роки в

1,5 рази частіше мали пацієнтки з ВРВМТ (66,2%), хоча в другій групі їх відсоток був не менш вагомим (46,2%;  $p < 0,05$ ), що свідчить про наявну резистентність до стандартних лікувальних програм. Особи з тривалістю ХТБ до 1 року частіше зверталися до жіночої консультації за медичною допомогою.

У першій групі переважав сильний рівень болю, в другій – помірний. Пацієнтки другої групи з ізольованими ХЗПВСО вказували на наявність постійного тупого ниючого болю в нижніх відділах живота. 32 особи ((61,5±6,1)%) відзначали іррадіацію болю в крижі, практично кожна друга жінка вказувала скарги на важкість і дискомфорт у лівій і правій клубових ділянках. Біль посилювався в період менструації, при фізичному навантаженні, гінекологічному обстеженні.



**Рис. 4.** Структура обстежуваних жінок за тривалістю больового анамнезу в досліджуваних групах, %.

**Примітка:** \* – різниця  $p < 0,05$ .

Для 80,0 % пацієнок першої групи з ХЗПВСО на тлі ВРВМТ характерним був тягучий, тупий, пекучий біль з іррадіацією в нижні кінцівки. Найчастіше провокаційним чинником були тривалі статичні та динамічні навантаження. Більшість пацієнок (85,0 %) відзначали посилення болю в другій фазі менструального циклу. 89,0 % осіб вказували на відчуття тяжкості в нижніх відділах живота, проте чітко локалізувати свої больові відчуття могли тільки 30,0 % хворих. Біль зменшувався в положенні лежачи на спині з піднятими вгору нижніми кінцівками.

Таким чином, встановленні причинно-наслідкові зв'язки перебігу ХЗПВСО у жінок з ВРВМТ вказують на необхідність розробки оптимального алгоритму діагностики для адекватних патогенетично обґрунтованих методів лікувального впливу на венозну систему малого таза.

#### Висновки:

1. Визначені основні соціальні та медичні чинники розвитку варикозного розширення вен малого таза в жінок з хронічними запальними процесами внутрішніх статевих органів (статичний спосіб життя та фізичного навантаження (відношення шансів 2,67; 95 % довірчий інтервал 1,21-5,86;  $p=0,02$ ), перерваний статевий акт (відношення шансів 2,41; 95 % довірчий інтервал 1,11-5,24;  $p=0,04$ ), високий паритет пологів (відношення шансів 3,51; 95 % довірчий інтервал 1,37-8,97;  $p=0,01$ )).

2. Особливостями клінічних проявів хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів на тлі варикозного розширення вен малого таза є виражений хронічний тазовий біль (89,6 %), диспареунія (55,9 %), сексуальна дисфункція (30,6 %), пастозність і болючість склепінь (69,1 %), підвищена секреторна функція піхви (77,9 %), значуща частка невиношування вагітностей (11,8 %) в анамнезі. Тривалість больового анамнезу понад три роки була відзначена в 66,2 % осіб з хронічними запальними процесами внутрішніх статевих органів на тлі варикозного розширення вен малого таза, що обумовило резистентність до традиційних методів лікування.

3. Анамнестичні дані (статичний спосіб життя та фізичного навантаження, невиношування вагітностей, високий паритет пологів), а також особливості клінічного перебігу хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів у жінок на тлі варикозного розширення вен малого таза (виражений хронічний тазовий біль, пастозність і болючість склепінь, диспареунія, сексуальна дисфункція) повинні бути провідними при відборі пацієнок для використання розширеного діагностичного алгоритму (ультразвукове дослідження вен малого таза в поєднанні з кольоровим доплерівським картуванням).

#### References:

1. Vedenie pacientok s vospalitel'nymi zabojevanijami organov malogo taza. Obzor rekomendacij Britanskoj asociacii seksualnogo zdorovya i VICH. Medychni aspekty zdorovia zhinky. 2018; (3):17-23. [in Russian].
2. Ayorinde AA, Bhattacharya S, Druce KL, Jones GT, Macfarlane GJ. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-

based study. Eur J Pain. 2017; Mar, 21(3):445-55.

3. Buralkina NA, Katkova AS, Arutyunova EE, Zhorova VE, Batyrova ZK, Vlasova GA. Vospalitelnye zabojevaniya organov malogo taza: patogeneticheskie aspekty, diagnostika, klinika, lechenie (Obzor literatury). Ginekologiya. 2018; 20(3):12-5. [in Russian].
4. Nochvina OA. Patohenetychni aspekty formuvannya syndromu khronichnoho tazovoho boliu u zhinok reproduktyvnoho viku. Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe. 2016; 7(1):65-71. [in Ukrainian].
5. Shurpiak SO. Syndrom khronichnoho tazovoho boliu u hinekolohichnii praktytsi (Ohliadova stattia). Zdrove zhenshchiny. 2016; (6):12-8. [in Ukrainian].
6. Grek LP. Integrirovannyj sposob lecheniya sindroma hronicheskoy tazovoj boli u zhenshchin s vospalitel'nymi zabojevanijami organov malogo taza. Zdrove zhenshchiny. 2016; (10):104-6. [in Russian].
7. Hwang SK. Advances in the treatment of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach to treatment. Mo Med. 2017; Jan-Feb, 114(1):47-51.
8. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, et al. Guidelines on chronic pelvic pain [Internet]. [cited 2021 Oct 18]. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Chronic-Pelvic-Pain.pdf>
9. Slesarevskaya MN, Kuzmin IV, Ignashov YUA. Osobennosti simptomatiki i psihoemocionalnogo statusa u zhenshchin s sindromom hronicheskoy tazovoj boli. Urologicheskie vedomosti. 2015; 5(3):16-9. [in Russian].
10. Astakhova OV, Malinina OB, Hryhorenko AM. Analiz menstrualnoi ta reproduktyvnoi funktsii u zhinok z bezpliddiam ta varykoznym rozshyrenniem honadnykh ven. Visnyk Vinnytskoho natsionalnogo medychnoho universytetu. 2018; 22(4):660-5. [in Ukrainian].
11. Zhuk SI, Hryhorenko AM, Shliakhtina AO. Etiopatohenetychnyi pidkhdid do konservatyvnoho likuvannya varykoznogo rozshyrennia ven maloho taza u zhinok. Zdrove zhenshchiny. 2016; (5):52-7. [in Ukrainian].
12. Champaneria R, Shah L, Moss J, Gupta JK, Birch J, Middleton LJ, et al. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness. Health Technol Assess. 2016; Jan, 20(5):1-108.
13. Konoval AO. Kliniko-laboratorni aspekty diahnostryky i terapii khvorykh na khronichnyi salpinhooforyt [avtoreferat]. Kharkiv: Kharkivskiy natsionalnyi medychnyi universytet; 2017. P.24. [in Ukrainian].
14. Podolskiy VIV, Podolskiy VV. Suchasni mozhyvosti likuvannya khronichnykh zapalnykh zakhvoriuvan statyevykh orhaniv u zhinok fertyl'nogo viku. Zdrove zhenshchiny. 2017; (5):132-6. [in Ukrainian].

УДК 618.11/.15-002.2-06:616.146/.147-007.64]-092-07  
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬ-  
НЫХ ПРОЦЕССОВ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ  
ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ВАРИКОЗ-  
НОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА**

Н.В. Дрогомирецкая

*Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового, г. Ивано-Франковск, Украина, ORCID ID: 0000-0002-7371-2450, e-mail: natalya.vl@ukr.net*

**Резюме. Цель.** Изучение особенностей течения хронических воспалительных процессов внутренних половых органов у женщин на фоне варикозного расширения вен малого таза.

**Материалы и методы.** В сравнительном аспекте представлены основные моменты клинической характеристики 30 женщин контрольной и 120 пациенток основной группы (с хроническими воспалительными процессами внутренних половых органов на фоне варикозного расширения вен малого таза, изолированными воспалительными хроническими процессами внутренних половых органов).

**Результаты.** Определены основные социальные и медицинские факторы развития варикозного расширения вен малого таза у женщин с хроническими воспалительными процессами внутренних половых органов (статический образ жизни и физической нагрузки (отношение шансов 2,67; 95 % доверительный интервал 1,21-5,86;  $p=0,02$ ), прерванный половой акт (отношение шансов 2,41; 95 % доверительный интервал 1,11-5,24;  $p=0,04$ ), высокий паритет родов (отношение шансов 3,51; 95 % доверительный интервал 1,37-8,97;  $p=0,01$ )).

**Выводы.** Анамнестические данные (статический образ жизни и физической нагрузки, невынашивание беременностей, высокий паритет родов), а также особенности клинического течения хронических воспалительных процессов внутренних половых органов у женщин на фоне варикозного расширения вен малого таза (выраженная хроническая тазовая боль, пастозность и болезненность сводов, диспареуния, сексуальная дисфункция) должны быть ведущими при отборе пациентов для использования расширенного диагностического алгоритма (ультразвуковое исследование вен малого таза в сочетании с цветным доплеровским картированием).

**Ключевые слова:** хронические воспалительные процессы внутренних половых органов, варикозное расширение вен малого таза, хроническая тазовая боль.

UDC 618.11/.15-002.2-06:616.146/.147-007.64]-092-07  
**MEDICAL-SOCIAL PECULIARITIES OF  
CHRONIC INFLAMMATORY PROCESSES OF  
THE INTERNAL GENITAL ORGANS IN WOMEN  
AGAINST THE BACKGROUND OF VARICOSITY  
OF PELVIS MINOR**

N.V. Drohomiretska

*Ivano-Frankivsk National Medical University, I.D. Lanovsky Department of Obstetrics and Gynecology, Ivano-Frankivsk, Ukraine, ORCID ID: 0000-0002-7371-2450, e-mail: natalya.vl@ukr.net*

**Abstract. Aim of the research.** Study the peculiarities of chronic inflammatory processes of the internal genital organs in women against the background of varicose veins of the pelvis minor.

**Materials and methods.** In the comparative aspect, the main points of the clinical characteristics of 30 women of the control and 120 patients of the main groups (with chronic inflammatory processes of the internal genital organs against the background of varicose veins of the pelvis, isolated chronic inflammatory processes of the internal genital organs) are represented in the work.

**Results.** Performed researches have shown that the vast majority of women in the group 1 were engaged in manual labor, of which 32 were workers ((47,1±6,1) %), 13 – were housewives ((19,1±4,8) %). The proportion of unemployed among patients of the group 2 was 1.2-fold higher than of the group 1, prolonged static load in a standing or sitting position was observed in 38 ((55,9±6,0) %) and in 7 ((10,5±3,7) %) cases, respectively; excessive physical activity, especially related to the lifting of loads – in 12 (23,1±4,6) % and in 6 (11,05±4,4) % cases, respectively; and this definitely made the negative impact on the venous hemodynamics. Statistical calculations showed that the risk of VPM (varicosity of pelvis minor) in female workers was significantly higher compared to the control group (OR 3,56; 95 % CI 1,29-9,80;  $p=0,02$ ) and group 2 (OR 2,67; 95 % CI 1,21-5,86;  $p=0,02$ ).

Analysis of the peculiarities of genital function has shown that the early sexual activity (up to 18 years) was started by 19 ((27,9±5,4) %) women of the group 1, by 22 women ((42,3±6,9) %) – of the group 2, that was 1,8-fold more than in patients of the control group (7; (23,3±4,7) %). The women of the group 1 were found to have a significantly higher risk of sexual dysfunction compared to the group 2: dyspareunia (OR 2,39; 95 % CI 1,14-5,04;  $p=0,03$ ) and anorgasmia (OR 2,60; 95 % CI 1,12-6,06;  $p=0,04$ ).

Regarding the use of contraceptives, it was found that almost half of the patients of the first group resorted to interrupted sexual intercourse, which adversely affects the venous hemodynamics of the pelvis and significantly increases the risk of VPM against the background of CIPIGO (chronic inflammatory processes of the internal genital organs) (OR 2,41; 95 % CI 1,11-5,24;  $p=0,04$ ).

Studying the reproductive history of patients, it was determined that women in the group 1 have had 3,4-fold higher birth parity compared to the group 2 ( $p<0,05$ ), which can also be considered a leading risk factor for

VPM. In addition, in the research groups there was a significant proportion of miscarriages (4,7-fold more in the group 1;  $p < 0,05$ ) and stillbirths, which may be a consequence of the past acute inflammatory diseases of specific etiology.

**Conclusions.** Anamnestic data (static lifestyle and physical activity, miscarriages, high parity of childbirth), as well as peculiarities of the clinical course of chronic inflammatory processes of the internal genital organs in women against the background of varicose veins

of the pelvis minor (severe chronic pelvic pain, swelling and aching fornices, dyspareunia, sexual dysfunction) should be the leading factors in the selection of patients for the use of an advanced diagnostic algorithm (ultrasound examination of the lesser pelvic veins in combination with color Doppler examination).

**Keywords:** chronic inflammatory processes of internal genital organs, varicose veins of the pelvis minor, chronic pelvic pain.

Стаття надійшла в редакцію 25.11.2021 р.

Стаття прийнята до друку 13.12. 2021 р.