

ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ В СУДИНАХ МАЛОГО ТАЗА ХВОРИХ НА ЛЕЙОМІОМУ МАТКИ

М.Г. Грищенко

Харківський національний медичний університет

Введення

Лейоміома матки є доброякісною пухлиною, що розвивається внаслідок локальної проліферації гладком'язових клітин і сполучнотканинних елементів [1, 3, 7]. Незважаючи на використання нових лікарських препаратів, поширення новітніх технологій, класичне оперативне лікування продовжує залишатися основним видом курації хворих на лейоміому матки. У той же час, видалення матки є досить травматичним втручанням з великою раньовою поверхнею й неминучим ушкодженням стовбурів внутрішньої здухвинної вени. Особливі складності виникають при сполученні лейоміоми матки з патологією в системі нижньої порожнистої вени. Лейоміома матки може підсилювати компресію вен позаочеревинного простору, що збільшує ризик тромбоемболії [5]. Однак дані щодо стану гемодинаміки в судинах малого таза при лейоміомі матки малочислені й стосуються в основному артеріального судинного русла.

Мета дослідження - поліпшити прогнозування та ранню діагностику тромбоемболії у хворих на лейоміому матки на підставі показників гемодинаміки в судинах малого таза.

Матеріали й методи дослідження

Для досягнення мети було обстежено 101 жінку, хвору на лейоміому матки й 30 - без патології з боку внутрішніх статевих органів в якості контрольної групи. Залежно від лікування, що проводилося їм, усі жінки були розподілені на наступні групи:

I група - 30 хворих на лейоміому матки, яким перед і під час оперативного втручання, обстеження й профілактика розвитку тромбоемболічних ускладнень у післяопераційному періоді проводилася відповідно до існуючого клінічного протоколу [4]. Об'єм операції - абдомінальна гістеректомія.

II група - 30 хворих на лейоміому матки, які крім профілактики тромбоемболічних ускладнень, що проводилася у пацієнток I групи,

отримували в передопераційному періоді фолієву кислоту та вітаміни B₆, B₁₂. Екстирпацію матки здійснювали абдомінальним доступом.

III група - 30 хворих на лейоміому матки, обстеження та передопераційна підготовка яких проводились у тому самому обсязі, що й у хворих I групи, але оперативне втручання здійснювали трансвагінальним доступом.

IV групу сформовано з 11 пацієнток, хворих на лейоміому матки, з високим ризиком розвитку тромбоемболічних ускладнень згідно за С. Samata (на основі даних клініко-лабораторного обстеження) [6]. Їм, крім заходів профілактики, що здійснювали пацієнткам I групи, напередодні операції виконували імплантацію тимчасового кава-фільтра.

V групу (контрольна) склали 30 жінок без патології ендо- і міометрія.

Вивчення гемодинаміки проводилося на ультразвуковому апараті експертного класу - Philips-HD-11 XE (Голландія) з мультичастотним датчиком 2-5 МГц і 4-9 МГц.

У дослідження включалися жінки із субмукозною, інтрамурально-субмукозною, інтрамуральною, інтрамурально-субсерозною і субсерозною локалізаціями вузлів матки. Об'єм матки визначався множенням трьох розмірів (поздовжнього, передне-заднього й поперечного) на індекс 0,523. Розміри матки з вузлом у межах 80-150 см³ (5-7 тиж) вважалися малими, 151-300 см³ (8-11 тиж) - середніми, 301-600 см³ (12-16 тиж) - великими й більше 600 см³ (більше 17 тиж) - гігантськими [2].

Отримані результати та їхнє обговорення

Малі розміри матки в I групі пацієнток не відзначалися, у II групі реєструвалися у 3 (10,0%), у III групі - 10 (33,3%) і у IV групі - 5 (45,5%) жінок. Достовірні (P 2-3 < 0,05) розходження відмічалася тільки між другою й третьою групами. У всіх групах об'єм матки з високою достовірністю (P<0,001) перевищував відповідний параметр у здорових жінок (табл. 1). Середні розміри матки відмічалася у 10 (33,3%) жінок I групи, у 2 (6,7%) II групи, у 16 (53,3%) III групи й у 2 (18,2%) жінок IV групи. В III групі середні розміри матки з вузлами міоми зустрічалися достовірно частіше, ніж у I (P<0,05), II (P<0,001) і IV (P<0,05) групах жінок. Великі розміри матки з вузлами міоми майже з однаковою частотою зустрічалися у I і II, III і IV групах. Достовірних розходжень за частотою зустрічальності об'єму матки великих розмірів не визначалися. Об'єм матки гігантських розмірів в III групі жодного разу не реєструвався, в I групі він визначався у 11 (36,7%), у II групі у 14 (46,7%) і у IV групі у 2 (18,2%) жінок. Як видно з табл. 1 середня величина об'єму матки найменшою виявилася у III групі

й складала $179 \pm 26 \text{ см}^3$, що було достовірно нижче, ніж у I і II ($P < 0,001$), а також IV ($P < 0,01$) групах. Це можна пояснити тим, що в дану групу ввійшли пацієнтки, яким хірургічне лікування проводилося трансвагінальним доступом, при якому існують гранично припустимі розміри для видалення матки. У всіх групах об'єм матки з високою достовірністю ($P < 0,001$) перевищував показник здорових жінок ($58 \pm 7 \text{ см}^3$).

Таблиця 1

Розподіл жінок залежно від об'єму матки

| Об'єм матки | I група n = 30 | II група n = 30 | III група n = 30 | IV група n = 11 | V контроль. група n = 30 |
|--------------------------------------|---|--|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| 80-150 см^3 (5-7 тиж) | - | 3 10% ^{II-III} | 10 33,3% | 5 45,5% | 58±7 см^3 P<0,001 |
| 151-300 см^3 (8-11 тиж) | 10 33,3% | 2 18,2% | 16 53,3% ^{I-III, II-III} | 2 18,2% ^{III-IV} | |
| 301-600 см^3 (12-16 тиж) | 10 33,3% | 12 40,0% | 2 6,7% | 2 18,2% | |
| > 600 см^3 (> 16 тиж) | 11 36,7% | 14 46,7% | - | 2 18,2% | |
| Середня величина об'єму матки | 1108±74 см^3 ^{I-III, I-IV} | 941±63 см^3 ^{II-III, II-IV} | 179±26 см^3 | 662±81 см^3 ^{IV-III} | |

Примітка: ^{I-IV} - достовірність розбіжностей даного показника між відповідними групами менше 0,05.

При вивченні характеру васкуляризації вузлів встановлено, що переважно периферична васкуляризація у I групі спостерігалася у 10 (33,3%), у II групі - 14 (46,7%), у III групі - 5 (16,7%), у IV групі - 2 (18,2%) жінок. Змішана васкуляризація вузлів у I групі реєструвалася у 13 (43,3%), у II групі - 7 (23,3%), у III групі - 6 (20,0%) і у IV групі - у 3 (27,3%) жінок відповідно. Відсутність колірних судинних сигналів при кольоровому доплерівському дослідженні мала місце у 3 (10,0%) у I групі, у 4 (13,3%) - II групі, у 3 (10,0%) - III групі й у 2 (18,2%) - IV групі. Зі збільшенням розміру вузлів тік крові починав реєструватися в їхніх центральних відділах і ставав низькорезистентним. У вузлах зі швидким ростом крім низькорезистентного артеріального кровотоку реєструвалися також венозні судини широкого діаметра. У наших до-

слідженнях інтранодулярна васкуляризація реєструвалася у 7 (23,3%) у I групі, у 6 (20,0%) - II групі, у 14 (46,7%) - III групі й у 4 (36,4%) - IV групі пацієнток (табл. 2). Інтранодулярна васкуляризація вузлів міоми у III групі визначалася набагато частіше, ніж у I і II групах.

Таблиця 2

Тип васкуляризації вузлів у жінок, хворих на лейоміому матки

| Переважаюча васкуляризація вузлів міоми | I група n = 30 | II група n = 30 | III група n = 30 | IV група n = 11 |
|---|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Периферична | 10 33,3% | 14 46,7% | 5 16,7% | 2 18,2% |
| Змішана | 13 43,3% | 7 23,3% | 6 20,0% | 3 27,3% |
| Інтранодулярна | 7 23,3% | 6 20,0% | 14 46,7% | 4 36,4% |
| Аваскулярна | 3 10,0% | 4 13,3% | 3 10,7±5,9% | 2 18,2% |

Результати вивчення частоти варикозного розширення вен малого таза (ВРВМТ) представлені в табл. 3. Як видно, ВРВМТ визначалося у 10 (33,3%) жінок I групи, у 12 (40,0%) - II групі, у 3 (10,0%) - III групі, й у 9 (81,8%) - IV групі обстежуваних жінок. Частота ВРВМТ в IV групі була вище, ніж у інших групах, а у III групі менше, ніж у I і II групах.

Таблиця 3

Частота варикозного розширення вен малого таза у хворих на лейоміому матки

| | I група n = 30 | II група n = 30 | III група n = 30 | IV група n = 11 |
|-------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| ВРВМТ | 10 33,3% | 12 40,0% | 3 10,0% | 9 81,8% |

Порівняння частоти ВРВМТ у жінок з об'ємом матки менше 600 см^3 і більше 600 см^3 представлено у табл. 4. При об'ємі матки менше 600 см^3 ВРВМТ визначалося у 4 (13,3%) жінок I групи, у 5 (16,7%) - II групі, у 3 (10,0%) - III групі, й у 7 (63,6%) - IV групі пацієнток. В III групі об'єм матки ні в кого не перевищував 600 см^3 . В I групі ВРВМТ визначалося у 6 (20,0%) жінок, в II групі - у 7 (23,3%) і IV групі - у 2 (18,2%) обстежуваних жінок. Частота ВРВМТ була достовірно вище, ніж у I і II групах ($P < 0,01$ і $P < 0,05$ відповідно).

Розподіл жінок з урахуванням об'єму матки й частоти варикозного розширення вен малого таза

| Об'єм матки | I група n = 30 | II група n = 30 | III група n = 30 | IV група n = 11 |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| < 600 см ³ | 4 13,3% ^{I-IV} | 5 16,7% ^{II-IV} | 3 30,0% | 7 63,6% ^{I-IV; II-IV} |
| > 600 см ³ | 6 20,0% | 7 23,3% | - | 2 18,2% |

Примітка: ^{I-IV} - достовірність розбіжностей даного показника між відповідними групами менше 0,05

Було проведено також порівняння частоти ВРВМТ у жінок з різною локалізацією міоми матки (табл. 5). ВРВМТ в 53 жінок з переважно субсерозною та інтрамурально-субсерозною локалізацією вузлів визначалася у 22 (41,5%), а серед жінок з переважно субмукозною та інтрамурально-субмукозною локалізацією вузлів - у 12 (25,0%) жінок.

Таблиця 5

Розподіл жінок з урахуванням варикозного розширення вен малого таза й переважної локалізації вузлів міоми

| Варикозне розширення вен малого таза | Інтрамурально-субсерозні й субсерозні n = 53 | Інтрамурально-субмукозні й субмукозні n = 48 |
|--------------------------------------|---|---|
| n = 34 | 22 41,5% | 12 25,0% |

Порівняння середньої величини діаметра найбільш розширених вен показало, що в контрольній групі діаметр маткової або яєчникової вени коливався в межах 2-4 мм і в середньому становив 3,2±0,6 мм, що було достовірно менше, ніж у всіх групах з лейоміомою матки (P<0,001). Найбільша величина діаметра варикозно розширеної маткової вени мала місце у IV групі й складала 9,8±0,7 мм, що було достовірно більше, ніж у I, II, і III групах, де показники були 6,3±0,6 мм, 7,6±0,8 мм і 5,9±0,4 мм (P 1-4<0,001, P 2-4<0,05 і P 3-4<0,001) відповідно.

Відомо, що при підвищенні діаметру вен венозних сплетень вірогідність тромбоутворення збільшується [8]. В нашому дослідженні при ультразвуковому й доплерівському дослідженні пацієток з розширеними венами малого таза спостерігалось уповільнення кровотоку і його профіль змінювалися. У широких судинах можна було бачити ознаки псевдоконтрастування, у вигляді гіперехогенних

“хмар”, різке зниження швидкості кровотоку при проведенні проби Вальсальви аж до зникнення й появи ретроградного кровотоку.

Висновки

1. У хворих на лейоміому матки виявлено високий ризик тромбоемболічних ускладнень, що свідчить перевищення діаметра маткових і яєчникових вен більше 7 мм, поява гіперехогенних мас у просвітах вен діаметром більше 10 мм, різке зниження кровотоку аж до його зникнення у венах при проведенні проби Вальсальви.

2. Найбільш високий ризик тромбоемболічних ускладнень у хворих на лейоміому матки виявлено при об'ємі матки більше 600 см³, наявності великих (більше 50 мм) субсерозних і субсерозно-інтрамуральних вузлів, появи колірних венозних судинних сигналів у центральних зонах вузлів будь-якої локалізації,

3. Таким чином, використання ультразвукового дослідження матки з визначенням пошарової локалізації та розмірів вузлів лейоміоми, а також характеру гемодинаміки як у самих вузлах, так і у венах малого таза дозволяє своєчасно відокремити групу пацієток з високим ризиком виникнення тромбоемболічних ускладнень та вжити відповідні профілактичні заходи.

Література

1. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии / Под редакцией Е.В. Коханевич. – М.: Триада-Х, 2006. – 480 с.
2. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций в 3-х томах / Буланов М.Н. – М.: Видар, 2010. – 306 с.
3. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський. – Київ: Здоров'я, 1996. – 240 с.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №329 від 15.06.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології». - Київ, 2007. - 14 с.
5. Наследственные и приобретенные тромбофилии в акушерско-гинекологической практике / А.А. Сенчук, Б.М. Венцовский, А.В. Титов, И.А. Моложанов. – Київ: Новый друк, 2003. – 84 с.
6. Тер-Ованесов М.Д. Тромботические осложнения в онкологии: опыт, реализованный на практике / М.Д. Тер-Ованесов, А.В. Маджуга // Практическая онкология. – 2001. – № 1 (5). – С. 25-32.
7. Чайка В.К. Миома матки и вагинальная гистерэктомия / В.К. Чайка, А.А. Железная, К.В. Чайка. – Донецк: Альматео, 2006. – 20 с.
8. Флебология: руководство для врачей / [Савельев В.С., Гологорский В.А., Кирченко А.И. и др. ; под ред. В.С.Савельева.]. – М. : Медицина, 2001. – 664 с. : ил.

Резюме

Грищенко М.Г. Гемодинамічні зміни в судинах малого таза хворих на лейоміому матки. Найвність лейоміоми матки негативно впливає на гемодинаміку в судинах малого таза. Обстежено 101 жінку з лейоміомою матки й 30 - без патології з боку внутрішніх статевих органів. Установлено, що для лейоміоми матки характерний периферичний, інтранодулярний та змішаний тип васкуляризації. У міру збільшення вузлів починає реєструватися кровотік у їхніх центральних відділах і він стає низькорезистентним. Крім низькорезистентного артеріального кровотоку діагностуються венозні судини широкого діаметра. Варикозне розширення вен малого таза частіше виникає при об'ємі матки більше 600см³ і переважно субсерозної та інтрамурально-субсерозної локалізації вузлів. Найбільший середній діаметр маткової вени досягає 9,8±0,7мм, найменший - 5,9±0,4, що достовірно вище показників контрольної групи (3,2±0,6мм). У розширених судинах з'являються ознаки «псевдоконтрастування», різко знижується швидкість кровотоку при проведенні проби Вальсальви, аж до його зникнення й появи ретроградного кровотоку.

Ключові слова: лейоміома матки, доплерографія, тромбоемболія легеневої артерії.

Резюме

Грищенко М.Г. Гемодинамические изменения в сосудах малого таза больных с лейомиомой матки.

Лейомиома матки отрицательно влияет на гемодинамику в сосудах малого таза. Обследована 101 женщина с лейомиомой матки и 30 - без патологии со стороны внутренних половых органов. Установлено, что для лейомиомы матки характерен периферический, интранодулярный и смешанный тип васкуляризации. По мере увеличения узлов начинает регистрироваться кровоток в их центральных отделах и он становится низкорезистентным. Кроме низкорезистентного артериального кровотока диагностируются венозные сосуды широкого диаметра. Варикозное расширение вен малого таза чаще возникает при объеме матки более 600см³ и преимущественно субсерозной и интрамурально-субсерозной локализации узлов. Наибольший средний диаметр маточной вены достигает 9,8±0,7мм, наименьший - 5,9±0,4, что достоверно выше показателей контрольной группы (3,2±0,6мм). В расширенных сосудах появляются признаки «псевдоконтрастирования», резко снижается скорость кровотока при проведении пробы Вальсальвы, вплоть до его исчезновения и появления ретроградного кровотока.

Ключевые слова: лейомиома матки, доплерография, тромбоемболія легочной артерии.

Summary

Gryshchenko M.G. Hemodynamic changes of pelvic vessels in patients with myoma of uterus. Myoma of uterus negatively influences on hemodynamics in vessels of a small pelvis. There were studied 101 women with myoma of uterus and 30 - without gynecological pathology of internal genitals. It is established, that for myoma of uterus it is characteristic peripheral, intranodular and the mixed type of vascularisation. In process of growth of knots the bloodstream in their central departments starts to be registered and it becomes lowresistant. Except lowresistant arterial bloodstream venous vessels with wide diameter are diagnosed. varix dilatation of veins of a small pelvis more frequent appeared at volume of a uterus more 600sm³ and mainly subserous and intramural-subserous localization of knots. The greatest average diameter of uterus veins reaches 9,8±0,7mm, the least - 5,9±0,4, that is authentic above indicators of control group (3,2±0,6mm). In the expanded vessels there are signs «pseudostaining», speed of a bloodstream strongly decreases during Valsalva test up to disappearance and occurrence of retrograde bloodstream.

Key words: myoma of uterus, dopplerography, pulmonary embolism.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В. Лазуренко

УДК 616.89:616.05

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Н.В. Ефанина

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Психосоматика (psyche - душа + греч. soma, somatos - тело) - это направление в медицине, изучающее функциональную и органическую патологию внутренних органов, в этиологии и патогенезе которой основная роль принадлежит психогенным, в первую очередь стрессовым воздействиям [2, 5, 6, 7].

Соматическое и психическое, хотя и являются качественно различными явлениями, но реально представляют лишь различные стороны единого живого конкретного человека. Отрывать эти стороны друг от друга в исследованиях проблемы болезни представляется принципиально неверным. Представители как психиатрии, так и соматической медицины единодушно разделяют мнение о том, что при некоторых расстройствах имеет место сочетание как психоэмоциональных, так и соматических нарушений. Соматические сдвиги, возникновение которых изначально более связано с психоэмоциональными сдвигами, впервые назвал "психосоматическими" в 1818 году немецкий врач R. Heinroth (Johann Christian August Heinroth).

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний.

1. Психосоматические заболевания являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами [16, 17].

2. Возникновение психосоматических заболеваний связано с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида [4]. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний.

3. Неразрешимый конфликт мотивов (как и неустрашимый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной