

Bonilla, M. W. Grover [et al.]/ Curr. Psychiatry Rep. - 2010 - Vol. 27. - P. 163 - 165.

Tully P. J. Theories of depression and anxiety and cardiovascular outcomes in psychosomatic medicine and

behavioral cardiology / P. J. Tully // Psychosom. Med. - 2010. - Vol. 72 (2). - P. 224 - 225.

Распутин В.В., Распутина Л.В.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ, ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. Целью работы было изучить состояние проблемы психосоматических расстройств, их распространенность, методы диагностики, методы коррекции у больных ишемической болезнью сердца (ИХС). Установлено, что разные психогенные симптомы выявляются у 50% населения, при чем с ними сталкиваются 80 - 95% пациентов с разными формами ИХС. На современном этапе лечения ИХС существенное место занимают интервенционные методы диагностики и лечения, которые часто определяют формирование разных психосоматических расстройств и существенно влияют на прогноз и качество жизни этих больных. Таким образом, изучение распространенности, симптомов психосоматических расстройств, разных форм этих расстройств, а также их своевременное и эффективное лечение позволяют улучшить терапию и качество жизни этих пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, психосоматические расстройства, качество жизни, интервенционная кардиология.

Rasputin V.V., Rasputina L.V.

PSYCHOSOMATIC DISORDERS AT ISCHEMIC HEART TROUBLE: MODERN LOOKS, FEATURES OF PATHOGENY AND TREATMENT

Summary. The purpose of work was to study the state of problem of psychosomatic disorders, their prevalence, methods of diagnostics, methods of correction for patients by ischemic heart trouble (IHT). It is set that different psychogenic symptoms come to light at a 50% population, and 80 - 95% patients with the different forms of IHT run into them. On the modern stage of the treatments of IHT a substantial place is occupied by the intervention methods of diagnostics and treatment, which often predetermine forming of different psychosomatic disorders and substantially influence on a prognosis and quality of life of these patients. Thus, study of prevalence, symptoms of psychomatic disorders, different forms of these disorders, and also it is allowed to improve their timely and effective treatment and quality of life of these patients.

Key words: ischemic heart trouble, psychosomatic disorders, quality of life, intervention cardiology.

Стаття надійшла до друку 09.06.2014

Распутин Владимир Васильевич - лікар серцево-судинний хірург рентген-операційного блоку кардіологічного відділення №1 МКЛ №1; +38 0432 46-01-13

Распутина Леся Вікторівна - д. мед. н., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 0432 57-08-13

© Трохимович О.В., Бражук М.В.

УДК: 618.333:616-073.584

Трохимович О.В., Бражук М.В.

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АНМН України" (м. Київ, вул. П. Майбороди, 8, України, 04050)

КЛІНІКО-ЕХОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАННІХ ВТРАТ ВАГІТНОСТІ

Резюме. В статті представлені результати клінічного та ехографічного обстеження 90 жінок з ранніми втратами вагітності: завмерлою вагітністю в термінах гестації 4 - 11 тижнів та ектопічною вагітністю. Встановлено, що безсимптомний перебіг захворювання має місце у 46,7% жінок із завмерлою вагітністю та у 31,1% пацієнток із трубною вагітністю. Аномалії розвитку матки, як етіологічний фактор завмерлої вагітності, має місце у 24,4% жінок. Застосування комплексної оцінки трьох обов'язкових компонентів діагностичного алгоритму - клінічної симптоматики, результатів УЗД органів малого таза та визначення рівнів ХГЛ - дає підстави для впевненого розпізнавання різновиду ранніх репродуктивних втрат з метою проведення своєчасних лікувальних заходів.

Ключові слова: ехографія, завмерла вагітність, ектопічна вагітність, ранні втрати вагітності.

Вступ

В умовах сьогодення, рання втрата вагітності визнається як інтегрована універсальна відповідь жіночого організму на будь-яке значиме неблагополуччя в стані здоров'я жінки, плода, оточуючого середовища та багатьох інших факторів. Відсутність зниження частоти ранніх втрат вагітності вказує на наявність труднощів, котрі виникають при веденні вагітності на ранніх термінах. З одного боку, це обумовлено багатофак-

торністю етіології та патогенетичних механізмів даної патології, з іншої - недосконалістю діагностичних методик, що застосовуються, та недосконалістю моніторингу ускладнень, що виникають під час вагітності [Стрижаків, Ігнатко, 2007; Тетрашвили, 2008; Давидян, Давидян, 2011].

Серед різних форм ранніх втрат вагітності особливе місце займає завмерла вагітність, коли відбувається

загибель ембріона або плода в ранні терміни вагітності з тривалою затримкою його в порожнині матки. Питома частка даної патології в структурі репродуктивних втрат досить висока і сягає 10 - 20% [Агаркова, 2010; Петрова, 2008]. Ектопічній вагітності відводять одне із важливих місць серед причин, що призводять до порушення репродуктивного здоров'я жінок, залишаючись серйозною медико-соціальною проблемою, враховуючи тенденцію до зростання частоти даної патології з 0,5 до 2 % протягом останніх років [Гаспаров и др., 2009; Радзинский и др., 2009].

Отже, своєчасна діагностика ранніх репродуктивних втрат є надзвичайно важливою, оскільки дає можливість застосувати не інвазивне консервативне лікування або використати менш травматичний хірургічний підхід з метою збереження та реабілітації репродуктивної функції жінки.

Мета дослідження - вивчити особливості клінічного перебігу та ехографії органів малого таза у жінок з ранніми репродуктивними втратами.

Матеріали та методи

Проведено обстеження 90 жінок з ранніми репродуктивними втратами віком 20 - 39 років: 45 жінок з завмерлою вагітністю в термінах гестації 4 - 11 тижнів вагітності (перша група) та 45 жінок із ектопічною вагітністю (друга група).

Пацієнткам проведено повне клініко-лабораторне обстеження. З метою верифікації діагнозу всім жінкам проведено визначення концентрацій хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) в сироватці крові імуноферментним методом з використанням тест-системи ХЕМА (Росія). Вимірювання оптичної щільності проведено на фотометрі MSR-1000, при хвилі 450 нм.

Ехографічне дослідження органів малого таза проводили на апараті "Medison SA-9900" з використанням трансабдомінального датчика з частотою 3-7 МГц та на ультразвуковому апараті SIEMENS з піхвальним датчиком частотою 7 МГц. Всім пацієнткам ультразвукове обстеження проводили одночасно з поєднанням обох методик, що дозволило значно підвищити точність діагностики нозологічних форм патологічного новоутворення в ділянці яєчників, а також виявити супутню патологію органів малого таза.

Статистична достовірність отриманих даних оцінювали за допомогою критеріїв Стьюдента.

Результати. Обговорення

Середній вік хворих першої групи становив $28,5 \pm 1,5$ років. Розподіл обстежених пацієнток в залежності від віку показав, що завмерлі вагітності найбільш часто зустрічались у віковому діапазоні 25 - 29 років - у 40% жінок. При проведенні детального аналізу основних суб'єктивних скарг жінок першої групи на момент звернення було встановлено, що ниючі болі внизу живота та поперекової ділянці відмічали 24 (53,3%) пацієнтки.

Постійний характер болю у вищезазначеної групи відмічено у лише у одному випадку, в той час, як періодичне виникнення його у вигляді "дискомфорту" спостерігалось у 23 (51,1%) жінок.

Мажучі кров'янисті виділення зі статевих шляхів, як скарга, були виявлені лише у 11 (24,4%) хворих із завмерлою вагітністю, в той час, коли більшість - 34 (75,6%) пацієнтки мали слизові виділення.

Аналіз вищевикладених даних свідчить, що найбільш розповсюдженими скаргами хворих із завмерлою вагітністю були ниючі болі внизу живота та попереку, що носили переважно періодичний характер, при цьому майже в половині випадків мав місце безсимптомний перебіг. Зважаючи на малу специфічність виявлених скарг, нами було проведено ряд додаткових клініко-лабораторних обстежень, які дозволили встановити уточнений діагноз та виробити подальшу тактику ведення кожного окремого випадку. Було встановлено, що в анамнезі переважна більшість жінок - 29 (64,4%) обстежених мали вагітності, але пологами вони завершилися лише у 9 (20%) пацієнток. У всіх інших хворих встановленої вагітності передували артіфіційні аборти (24,4%), самовільні викидні (4,4%), завмерлі вагітності (13,3%) та ектопічна вагітність (2,2%).

Дані, що висвітлені вище, об'єктивно вказують на факт порушеної репродуктивної функції в анамнезі більшості обстежених із завмерлою вагітністю, з чого виходить необхідність проведення обов'язкового після-абортного обстеження, консультування та лікування за необхідністю, а також - прегравідарної підготовки кожної жінки, що планує вагітність в майбутньому. При поступленні до стаціонару кожній хворій проводилось ультразвукове дослідження органів малого таза, під час якого встановлювався факт наявності завмерлої вагітності та, в деяких випадках, супутньої патології.

Аналіз отриманих результатів показав, що середній термін вагітності на момент припинення її розвитку у пацієнток першої групи складав $(6,5 \pm 0,7)$ тижнів.

Наступною особливістю, що привертала на увагу, була наявність високої частоти супутньої гінекологічної патології, що була діагностована ехографічно у більшості випадків. Так, аномалії розвитку матки були виявлені у 11 (24,4%) обстежених хворих (повне подвоєння тіла та шийки матки - у однієї хворої, двоорога матка - у 4 (8,6%) осіб, наявність неповної перетинки матки - у 2 (6,7%), сідловидна матка - у 4 (8,6%). Наявність лейоміоми матки встановлено у 6 (13,3%), кісти яєчників виявлені у 7 (15,6%).

При проведенні ультразвукового обстеження органів малого таза хворим із завмерлою вагітністю, вдалось встановити ряд ехографічних особливостей.

За даними УЗД у переважній більшості жінок першої групи (84,4%) відмічалось відставання розмірів матки від терміну гестації на 1 - 2 тижні; деформація плідного яйця; більш тривалий час, ніж у нормі, візуалізувався кільцевидний хоріон або його гіпоплазія; ранне



Рис. 1. Завмерла вагітність у терміні 5 - 6 тижнів (в поєднанні з лейоміомою матки невеликих розмірів).

зникнення жовткового мішка, а також відсутність серцебиття плоду.

На рисунку 1 представлений випадок завмерлої вагітності в терміні 5 - 6 тижнів (у поєднанні з лейоміомою матки невеликих розмірів): в порожнині матки візуалізується деформоване плідне яйце розмірами 24x14 мм, ембріон чітко не візуалізується - в порожнині плідного яйця наявне лінійне ехопозитивне утворення. Рівні концентрації ХГЛ в сироватці крові обстеженої дорівнювали 2750 mIU/ml (референтні значення для жінок 3-4 тижні вагітності: 1500-5000 mIU/ml). В анамнезі жінка мала 5 вагітностей (двоє пологів та останні три - артифіційні аборти в термінах до 5 тижнів вагітності, які, зі слів, пройшли без ускладнень).

Наступний рисунок 2 яскраво демонструє випадок різновиду завмерлої вагітності - анембріонію. На знімку в порожнині матки виявлено: "порожнє" плідне яйце краплеподібної форми, розмірами 40 - 21 мм, що відповідає 9 тижням вагітності; структури ембріону не візуалізуються; хоріон товщиною 7 мм; внутрішнє вічко закрите. Рівні концентрації ХГЛ в сироватці крові даної пацієнтки дорівнювали 679 mIU/ml (референтні значення для жінок 1 - 2 тижнів вагітності: 50 - 300 mIU/ml). Клінічно дана хвора не виявляла жодної скарги, виділення з статевих шляхів були слизовими. В анамнезі - одна вагітність, що перервалась самостійно в терміні 4 - 5 тижнів (після фізичного навантаження). Таким чином, підсумовуючи основні особливості, що є кардинальними та характерними для картини завмерлої вагітності були: наявність в амніоні ембріону, але без ознак життєдіяльності (відсутність пульсації та рухів) та атипової структури, що виникає внаслідок швидко прогресуючих дегенеративно-дистрофічних змін, що призводять до сплюснення та лінійної деформації.

За умов анембріонії на перший план виходять наступні специфічні ехографічні особливості: наявність "порожнього" плідного яйця, в порожнині якого немає ембріону, що спостерігається в разі загибелі ембріон-

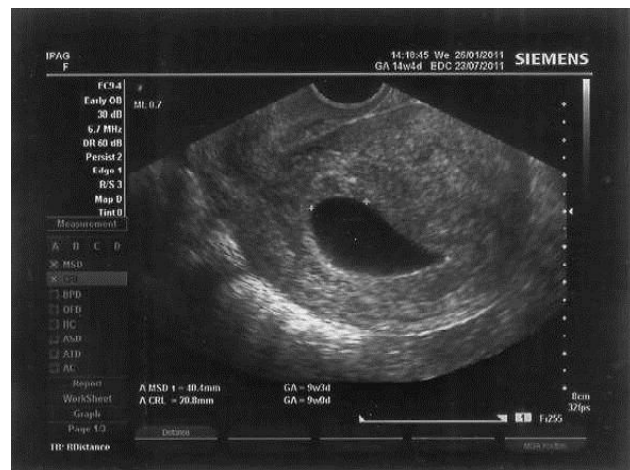


Рис. 2. Анембріонія (термін гестації 8 - 9 тижнів).

ласту в процесі імплантації бластоцисти у ендометрій. На другому плані залишається співставлення розмірів амніотичної порожнини з очікуваними величинами тривалості аменореї.

Щодо визначення концентрацій ХГЛ в сироватці крові хворих із завмерлою вагітністю, то в переважній більшості випадків відзначається відставання від референтних значень для очікуваного терміну вагітності значеннями (при підрахунках від дати початку останньої менструації та затримці менструації).

Детальний аналіз клінічної картини та ехоргафії органів малого таза у жінок з ектопічною вагітністю виявив ряд особливостей. Середній вік хворих становив $28,0 \pm 1,47$ років (з коливаннями від 24 до 35 років). Проведений розподіл обстежених хворих за віковим встановив, що позаматкові вагітності діагностовано майже у половині випадків (48,9%) у хворих 25 - 29 років.

У переважній більшості випадків хворих турбували мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів - 31 (68,9%) жінок. Вищезазначені кров'яністі виділення у всіх випадках були наявні поза строком нормальної менструації - затримка в середньому склала $13,25 \pm 1,6$ днів.

Ниючі болі внизу живота відмічали близько половини осіб із ектопічною вагітністю - 23 (51,1%) хворих, причому, болі на стороні патологічного процесу мали лише 11 (24,4%) жінки; на болі у попереку скаржились 6 (13,3%) пацієнток даної групи. Постійний больовий синдром у вищезазначеній групі відмічено у двох випадках, в той час, коли періодичне виникнення його спостерігалось у 28 (62,2%) хворих, що мали ознаки больового синдрому.

Аналіз генеративної функції даної когорти хворих встановив, що в анамнезі мали вагітність 27 (55,6%) обстежених, яка завершилася пологамі лише у третині - у 15 (33,3%) пацієнток. Ранні репродуктивні втрати в анамнезі мали кожна третя - четверта хвора - артифіційний аборт проведено 16 (35,5%) жінкам; на наявність позаматкової вагітності в минулому вказали 7 (15,6%) пацієнток.



Рис. 3. Шийкова вагітність у терміні 4 - 5 тижнів.

При проведенні ультразвукового обстеження органів малого тазу хворим із ектопічною вагітністю, було встановлено: відсутність плідного яйця в порожнині матки, виявлення утворення неоднорідної структури в ділянці проекції маткових труб; візуалізація ембріона (плідного яйця) поза порожниною матки; наявність вільної рідини у Дугласовому просторі.

Найбільш частою локалізацією плідного яйця у жінок другої групи був ампулярний відділ маткової труби, що мало місце у 26 (57,8%) пацієнток; в істмічному відділі маткової труби - 17 (37,0%) жінок; у однієї пацієнтки констатована шийкова вагітність.

Так, на рисунку 3 представлений атипичний випадок шийкової вагітності, що розвивається в терміні 4-5 тижнів: порожнина матки без особливостей, звичайних розмірів; шийка матки довжиною 35 мм, в верхній третині цервікального каналу візуалізується плідне яйце розмірами 15x6 мм; ембріон чітко не візуалізується, визначається жовточний мішок діаметром 4,2 мм. При цьому концентрації ХГЛ в сироватці крові жінки дорівнювали 329 mIU/ml (референтні значення для жінок 4-5 тижні вагітності: 1000-30000 mIU/ml). В анамнезі жінка не мала вагітностей. Наступний випадок, що ілюстрований на рисунку 4, представляє поєднання порушеної трубної вагітності із масивною внутрішньочеревною кровотечею (використано трансабдомінальний метод сканування): поза маткою візуалізується велика кількість вільної рідини (згортки крові), матка розмірами 47x35 мм, ендометрій - лінійний. При визначенні концентрації ХГЛ в сироватці крові пацієнтки в динаміці встановлено: за 10 днів до звернення - 4300 mIU/ml, за 4 дні до звернення - 3500 mIU/ml (референтні значення для жінок 4 - 5 тижнів вагітності: 10000 - 30000 mIU/ml).

На рис. 5 представлений випадок візуалізації "класичної" трубної вагітності у хворої із наявністю болювого синдрому на боці патологічного процесу на тлі затримки менструації на 2 тижні. При УЗД органів малого тазу встановлено: до полюса правого яєчника прилежить



Рис. 4. Порушена трубна вагітність. Масивна внутрішньочеревна кровотеча.

ізоехогенне утворення 32 - 21 мм з гіпоехогенним включенням 5 мм. Визначені концентрації ХГЛ в сироватці крові пацієнтки: 81,6 mIU/ml (референтні значення для жінок 1 - 2 тижнів вагітності: 50 - 300 mIU/ml).

Таким чином, за умов ектопічної вагітності в більшості випадків її перебіг як клінічно, так і ехографічно характеризується "стертістю", неспецифічністю та поліморфізмом. Тільки комплексна оцінка трьох обов'язкових компонентів діагностичного алгоритму - клінічної симптоматики, результатів УЗД та визначення рівнів ХГЛ - дає підстави для впевненого розпізнавання позаматкової вагітності. Достовірно виявлення симптомів ектопічної вагітності стає реальним тільки при проведенні спрямованого ехографічного пошуку, без якого шанси розпізнати позаматкову вагітність, особливо в період непорушеного розвитку, є мінімальними або випадковими.

Підсумовуючи отримані дані, було виділено ряд клініко-ехографічних критеріїв, що дозволяють запідозрити ранні втрати вагітності: завмерлу вагітність та ектопічну вагітність.

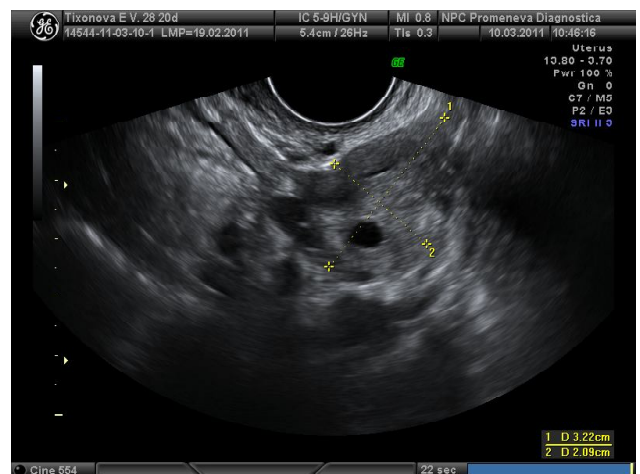


Рис. 5. Прогресуюча правобічна трубна вагітність.

Цінність визначення концентрації ХГЛ в сироватці крові хворих із підозрою на наявність ектопічної вагітності та завмерлою вагітністю (що у жодному випадку не відповідала очікуваному терміну вагітності та найчастіше була нижче рівнів референтних значень для вагітних жінок) не підлягає сумнівам, бо цей показник є об'єктивним та динамічним, що допомагає проводити диференційну діагностику та обрати в кожному випадку тактику ведення хворої.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Завмерла вагітність у 46,7% випадках характеризується безсимптомним перебігом. Наявність больового синдрому констатується у 53,3% обстежених, а кров'янисті виділення зі статевих шляхів - у 26,4% пацієнток. Аномалії розвитку матки, як етіологічний фактор завмерлої вагітності, має місце у 24,4% жінок.

2. Клініко-ехографічними ознаками завмерлої вагітності є: відсутність візуалізації жовточного мішка при середньому діаметрі плідного яйця більше 8 мм; відсутність візуалізації ембріона при середньому діаметрі плідного яйця більше 16 мм та відсутність плідного яйця за умов концентрації ХГЛ вище 1000 мМЕ/мл;

відсутність ембріона за умов концентрації ХГЛ вище 10000 мМЕ/мл. При виявленні у жінки будь-якої з вищеперерахованих ознак необхідно запідозрити наявність завмерлої вагітності, з обов'язковим подальшим динамічним спостереженням.

3. Клініко-ехографічними критеріями ектопічної вагітності є: відсутність плідного яйця в порожнині матки за умов затримки менструації та позитивного результату тестування ХГЛ з наступною оцінкою стану ендометрія; визначення ехографічного аналога типового плідного яйця за межами порожнини матки; візуалізація та ідентифікація будь-якого м'якотканинно-рідинного утворення, що розташований окремо від матки та яєчників - в параметральних відділах, параоваріально, в позаматковому просторі з наступною оцінкою стану судинного русла. У випадку невдалої реалізації вищевказаних етапів призначається контрольне УЗД ОМТ та додаткове тестування на ХГЛ.

Отримані результати обґрунтовують доцільність та достатність проведення комплексної оцінки клінічної симптоматики, результатів УЗД органів малого таза та визначення рівнів ХГЛ для впевненого розпізнавання різновиду ранніх репродуктивних втрат з метою проведення своєчасних лікувальних заходів.

Список літератури

- Агаркова И. А. Неразвивающаяся беременность: оценка факторов риска и прогнозирование / И. А. Агаркова // Патология беременности. - 2010. - № 4. - С. 84 - 88.
- Гаспаров А. С. Современные методы диагностики внематочной беременности / А. С. Гаспаров, Е. Г. Хилькевич, О. М. Векилян // Пробл. репрод. Спец. вып. - Технологии XXI века в гинекологии. - 2008. - С. 32 - 33.
- Давидян О. В. Репродуктивное здоровье женского населения как медико-социальная проблема [Текст] / О. В. Давидян, К. В. Давидян // Молодой ученый. - 2011. - № 2, Т. 2. - С. 152 - 153.
- Петрова Е. В. Внематочная беременность в современных условиях / Е. В. Петрова // Акушерство и гинекология. - 2008. - № 1. - С. 31 - 33.
- Радзинский В. Е. Неразвивающаяся беременность / Радзинский В. Е., Димитрова В. И., Майскова И. Ю. - М.: Гэотар-Медиа, 2009. - 200 с.
- Стрижаков, А. Н. Потеря беременности / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко. - М.: МИА, 2007. - 224 с.
- Тетруашвили Н. К. Ранние потери беременности (иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии) : дис. докт. мед. наук. : 14.00.01 / Тетруашвили Н. К. - М., 2008. - 344 с.

Трохимович, Бражук М.В.

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Резюме. В статье представлены результаты клинического и эхографического обследования 90 женщин с ранними потерями беременности: замершей беременностью в сроках гестации 4 - 11 недель и эктопической беременностью. Установлено, что бессимптомное течение заболевания имеет место у 46,7% женщин с замершей беременностью и в 31,1% пациенток с трубной беременностью. Аномалии развития матки, как этиологический фактор замершей беременности, имеет место в 24,4% женщин. Применение комплексной оценки трех обязательных компонентов диагностического алгоритма - клинической симптоматики, результатов УЗИ органов малого таза и определения уровней ХГЧ - дает основания для уверенного распознавания разновидности ранних репродуктивных потерь с целью проведения своевременных лечебных мероприятий.

Ключевые слова: эхография, замершая беременность, эктопическая беременность, ранние потери беременности.

Trochimovych O.V., Brazhuk M.V.

THE CLINICAL AND ULTRASOUND FEATURES OF EARLY PREGNANCY LOSSES

Summary. The article presents the results of clinical and sonographic examinations of 90 women with early pregnancy loss: missed abortion at 4-11 weeks of gestation and ectopic pregnancy. It was established that asymptomatic disease occurs in 46.7 % of women with missed abortion and in 31.1% of patients with tube pregnancy. Anomalies of the uterus as an etiological factor of missed abortion, occurs in 24.4% of women. Application of comprehensive evaluation once three mandatory components of the diagnostic algorithm - clinical symptoms, results of pelvic ultrasound and determination of levels of hCG - gives rise to the kind of confident recognition of early reproductive losses for the purpose of timely therapeutic interventions.

Key words: sonographic examinations, missed abortion, ectopic pregnancy, early pregnancy loss.

Стаття надійшла до редакції 09.06.2014

Трохимович Ольга Віталіївна - к.мед.н. ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України"; +38 067 728-55-00; o.trochimovych@mail.ru

Бражук Марина Вікторівна - ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України"; +38 097 944-28-80