

КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Б. Г. Тебелев

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. М. И. Анисимова) лечебного факультета Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Реферат. Методом реопельвеографии обследовано 116 больных миомой матки до и 69—после гормонально-медикаментозного лечения. Выявлены изменения гемодинамики и сосудистого тонуса органов малого таза, зависящие от ведущей симптоматики заболевания (боль, рост опухоли, гиперменструальный синдром). Учет реографических показателей позволил дифференцированно назначать спазмолитики и препараты окситотического действия. Дифференцированное лечение способствовало улучшению клинического течения заболевания и нормализации гемодинамики органов малого таза.

Ключевые слова: миома матки, пельвеогемодинамика, лечение.
3 таблицы. Библиография: 7 названий.

Морфологические и реографические исследования [1, 3—5, 7] показали, что при миоме матки возникают выраженные изменения кровоснабжения внутренних гениталий, зависящие как от локализации миоматозных узлов [3], так и от симптоматики опухоли [6].

Существует несколько схем консервативного лечения больных миомой матки с учетом возраста, эндокринного баланса, симптоматики заболевания с использованием различных препаратов и их сочетаний. Эффективность терапии оценивается преимущественно по положительным клиническим и гормональным изменениям. Работ, посвященных реографическому контролю за результатами гормональной терапии с дифференцированным назначением препаратов спазмолитического или окситотического действия, мы в литературе не встретили.

В наших наблюдениях на высоте проявления заболевания у 116 женщин (у 62 из них превалировал болевой синдром без локальной болезненности при пальпации опухоли, у 22 — прогрессирующий рост опухоли, у 32 — гиперменструальный синдром) проводилось реопельвеографическое исследование с помощью реографической приставки, собранной по схеме А. Л. Арнаутова (1956) и подключенной к двухканальному чернильнопишущему электрокардиографу типа ЭКПСЧ-3. Было установлено, что у больных, страдающих миомой матки, методом реопельвеографии удастся выявить значительные нарушения кровообращения в органах малого таза, выражающиеся в снижении скорости кровотока (ИС), увеличении кровенаполнения (РИ), особенно при росте опухоли, затруднении оттока крови в диастолическую фазу (В), связанных с изменением сосудистого тонуса и эластичности сосудов ($\frac{R}{T} \%$).

Расстройства гемодинамики и сосудистого тонуса в органах малого таза часто находят отражение в клиническом течении заболевания и его симптоматике. При выраженном болевом синдроме, не связанном с деструктивными процессами в миоматозных узлах, чаще отмечается снижение кровенаполнения и скорости кровотока в малоэластичных сосудах с повышенным тонусом. При деструктивных изменениях в опухоли на реограммах матки определяется повышенное кровенаполнение из-за дилатации и неустойчивого тонуса сосудов; скорость кровотока ослаблена.

Рост опухоли и гиперменструальный синдром протекают преимущественно на фоне усиления кровенаполнения сосудов.

Эти данные, как нам представляется, имеют известное клиническое значение, особенно у тех женщин, которым показано не оперативное лечение, а консервативное.

Реопельвеографический контроль за гемодинамикой во время и после лечения осуществлен у 69 повторно обследованных больных, получавших в зависимости от выявленных на реограммах изменений или спазмолитики (при болях), или препараты окситотического действия (при прогрессирующем росте, кровотечениях) в комплексе с витаминно-гормональной терапией.

Спустя 3—12 мес от начала корригирующей медикаментозной терапии, в зависимости от скорости возникновения положительной динамики течения заболевания, проводили повторную запись реопельвеограмм.

Из 25 повторно обследованных женщин с болевым синдромом у 20 констатирован благоприятный эффект: боли ликвидировались, значительно изменилась и гемодинамика органов малого таза. В отведении симфиз—крестец уменьшилась систолическая фаза (α), в большинстве наблюдений один умеренно выраженный дикротический зубец располагался в средней части катакроды (β). Диастолическая фаза (β) проявляла склонность к удлинению, вершина чаще (90%) была закругленной, увеличение амплитуды и индекса скорости (ИС) свидетельствовали об улучшении кровотока в сосудах с нормальным тонусом, об уменьшении периферического сопротивления в артериолах.

В проекции придатков более крутая анакрота систолической фазы (α) чаще заканчивалась острой вершиной, 1 или 2 дикротических зубца на пологой катакроды диастолической фазы (β) смещались к средней трети (см. табл. 1).

Таблица 1

Показатели реопельвеограмм в процессе лечения больных миомой матки с болевым синдромом

Показатели	РГТ		Лев-РСТ		Право-РСТ	
	1	2	1	2	1	2
α^* , с	0,154	0,142	0,158	0,146	0,154	0,121
β , с	0,783	0,852	0,856	0,926	0,854	0,896
T, с	0,937	0,994	1,014	1,072	1,008	1,017
T, %	16,4	14,2	15,5	13,6 [*]	15,2	11,9
РИ*, мм	0,434	0,751	0,351	0,796	0,407	0,749
ИС*, мм	0,294	0,321	0,248	0,300	0,273	0,298

1 — до лечения, 2 — после лечения. * $P < 0,05$.

Кровенаполнение в органах малого таза после проведения рациональной терапии увеличивается, скорость кровотока склонна к возрастанию.

В группе больных, ведущим симптомом заболевания которых была склонность к росту опухоли, у 10 из 12 повторно обследованных достигнут опухолеостатический эффект. При анализе повторно (через 1—1,5 года) записанных реограмм установлено: во всех отведениях на пологой анакроте систолической фазы (α) венозные зубцы встречались лишь у 2 (16%) больных (до лечения — у 5, или в 27,2%), вершина волны в 80% закруглена, на пологой катакроды 1 или 2 дикротических зубца смещались к основанию волны, что свидетельствовало об уменьшении застойных явлений в сосудах с нормальным, устойчивым тонусом и о снижении периферического сопротивления кровотоку. В результате кровенаполнение (РИ) уменьшалось (см. табл. 2).

Таблица 2

Показатели реопельвеограмм в процессе лечения больных с прогрессирующим ростом опухоли

Показатели	РГТ		Лев-РСТ		Право-РСТ	
	1	2	1	2	1	2
α^* , с	0,126	0,134	0,103	0,128	0,109	0,118
β , с	0,687	0,591	0,588	0,617	0,641	0,671
T, с	0,812	0,725	0,691	0,741	0,751	0,789
$\frac{\alpha}{T}$, %	15,3	18,4	14,9	17,2	14,5	14,9
РИ*, мм	0,822	0,571	0,713	0,491	0,781	0,481
ИС*, мм	0,297	0,771	0,295	0,281	0,313	0,293

1 — до лечения, 2 — после лечения. * $P < 0,05$.

В группе больных фибромиомой матки, страдающих маточными кровотечениями, из 32 женщин повторно обследовано 28, из которых у 24 получен терапевтический эффект: скорригирован менструальный цикл у 20 больных, менструальная функция подавлена у 4.

Показатели реопельвеограмм в процессе лечения больных миомой матки, страдающих гиперменструальным синдромом, представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели реопельвеограмм в процессе лечения больных миомой матки, страдающих гиперменструальным синдромом

Показатели	РГТ		Лево-РСГ		Право-РСГ	
	1	2	1	2	1	2
α , с	0,120 *	0,138	0,126	0,115	0,128	0,134
β , с	0,639	0,761	0,558	0,678	0,553	0,694
T, с	0,759 *	0,899	0,684	0,793	0,681	0,828
$\frac{\alpha}{T}$, %	15,8	15,3	18,4	14,5	18,7	16,1
РИ, мм	0,559 *	0,421	0,528	0,500	0,499	0,391
ИС, мм	0,295	0,256	0,242	0,264	0,287	0,268

1 — до лечения, 2 — после лечения. * $P < 0,05$.

Таким образом, комплексная дифференцированная терапия способствует улучшению клинического течения заболевания и оказывает благоприятное влияние на тонус сосудов и гемодинамику малого таза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова М. И., Тебелев Б. Г., Швеи С. М. Казанский мед. ж., 1973, 5.—2. Арнаутон А. Л. Портативный реограф на транзисторах. Журн. невропатол. и психиатр., 1965, 10.—3. Богинская Л. Н. Акуш. и гин., 1972, 4.—4. Давыдов С. Н. Арх. патол., 1958, 1.—5. Савицкий Г. А., Павлович В. Г. В кн.: Фибромиомы матки. Кишинев, 1976.—6. Тебелев Б. Г. В кн.: Специализированная медицинская помощь населению. Саратов, 1978.—7. Швеи С. М., Тебелев Б. Г., Кац И. С. Там же.

Поступила 25 января 1982 г.

УДК 615.473.2:616.132:616—073.73

ВЫБОР ИГЛЫ ДЛЯ ПРИЖИЗНЕННЫХ ТРАНСЛЮМБАЛЬНЫХ АОРТОГРАФИЙ

М. Ф. Мусин, А. А. Замалетдинов, В. Е. Мамаев,
М. Н. Малиновский, А. А. Низамутдинова

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Республиканская клиническая больница № 1 (главврач—канд. мед. наук М. В. Буйлин)

Реферат. На основании анализа 158 прижизненных транслюмбальных аортографических исследований, осуществленных 6 типами пункционных игл, установлено, что наиболее рациональной для транслюмбальной аортографии является игла И-13, предназначенная для пункций сердца. Разработана техника пункции аорты данной иглой.

Ключевые слова: транслюмбальная аортография, пункционная игла, 1 иллюстрация, 1 таблица.

Мнения специалистов о предпочтительной конструкции игл для транслюмбальной аортографии разноречивы. Поэтому мы решили выяснить, какие типы игл наиболее рациональны для этой цели.