

АНГИОТЕНЗОМЕТРИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МАТКЕ И ПРИДАТКАХ

М. З. Сигал, Н. Л. Капелюшник, С. К. Володин

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. З. Сигал), кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Можно полагать, что развитие патологических процессов матки и придатков в значительной мере связано с изменением кровообращения. Это могли бы подтвердить результаты сопоставления показателей АД в сосудах пораженных и интактных придатков. В связи с этим мы провели ангиотензометрию яичниковой артерии и трубной ветви маточной артерии. Для измерения кровяного давления применяли аппарат, предложенный М. З. Сигалом и А. И. Лисиным (авт. свид. № 360075 от 5/IX 1972 г.). Методика исследования не отличалась от описанной ранее. Учитывая особенность объекта наблюдения, мы уменьшили размеры жесткой камеры и изменили ее форму, вмонтировали в нее рассеиватель света из фторопласта, переконструировали браншу аппарата. АД определяли во время операций в яичниковой артерии, а также в сосуде, прилежащем к маточной трубе в 2 пунктах — на уровне ее истмической и ампулярной частей.

Исследования АД в этих сосудах проведены нами у 35 больных, оперированных по поводу рака шейки матки (11), рака тела матки (6), миомы матки (8), доброкачественных опухолей яичников (9), овариэктомии при раке молочной железы (1).

Ниже приводятся данные о величине АД в яичниковой артерии у 18 больных без поражений яичников, маточных труб и без значительных изменений со стороны матки. К ним отнесены 8 женщин с внутриэпителиальным раком шейки матки, 3 больных раком шейки матки I стадии и 6 — раком эндометрия. 3 из них произведены экстирпации матки без придатков, 9 — экстирпации матки с придатками, 2 — расширенные экстирпации матки по Вертгейму, 3 — экстирпации матки с тазовой лимфаденэктомией и одной женщине — овариэктомия по поводу рака молочной железы.

У 7 из них системное максимальное АД колебалось до операции от 15,3 до 18,0 кПа, минимальное — соответственно от 10,7 до 12,0 кПа. Измерение давления в регионарных сосудах матки и придатков проводили при колебаниях максимального системного АД от 10,0 до 14,7 кПа и минимального от 5,3 до 10,7 кПа. Условно эти больные отнесены к нормотоникам. У 11 больных исходное системное максимальное АД было от 20 до 22,7 кПа, а минимальное — от 10,7 до 16 кПа. Соответственно замеры выполняли при максимальном системном АД от 21,3 до 24,0 кПа и при минимальном от 9,3 до 14,7 кПа.

Из 18 больных 13 были оперированы под эндотрахеальным наркозом, 5 — под перидуральной анестезией.

При сопоставлении данных замеров в яичниковой артерии с правой и с левой сторон сравнительно часто обнаруживается асимметрия — неравенство показателей максимального и минимального АД. Максимальное АД в яичниковой артерии у 7 больных с нормотонией справа колебалось от 5,3 до 8,7 кПа, слева — от 3,3 до 8,0 кПа, минимальное АД — соответственно от 2,7 до 5,3 кПа справа и слева.

Закономерной явилась зависимость уровня АД в яичниковой артерии от показателей системного АД. Так, при системном АД, равном 14,7/8,0 кПа, в моменты замеров максимальное АД в яичниковой артерии колебалось от 8,0 до 8,7 кПа и минимальное — от 4,0 до 5,3 кПа. При гипотензии у 2 женщин в момент измерения давления системное АД составляло 10,0/5,3 кПа и 12,0/9,3 кПа; давление в яичниковой артерии справа — 5,3/4,0 и 6,7/4,0 кПа, а слева — 3,3/2,7 и 6,7/4,0 кПа. У одной больной при системном АД, равном 10,0/5,3 кПа, в яичниковой артерии давление оказалось 8,0/4,8 кПа.

Исходная гипертензия наблюдалась у 11 больных. В момент замера относительная гипертензия отмечалась у 5 женщин. У 5 больных в яичниковой артерии при гипертензии обнаружен сравнительно более высокий уровень как максимального, так и минимального АД. Замеры АД в яичниковой артерии у 3 больных проведены на одной стороне, у 2 — с обеих сторон. У последних 2 больных установлено неравенство показателей АД справа и слева. Так, исходное системное АД было 20,0/10,7 и 22,0/12,0 кПа. Давление в яичниковых артериях соответственно составляло справа 5,3 и 10,1/8,4 кПа, слева — 9,3/5,9 и 5,6/4,0 кПа. У одной больной в момент

замера АД увеличивалось до 24,0/13,3 кПа, которому соответствовало выраженное повышение АД в яичниковой артерии — до 8,3/6,7 кПа.

У 5 больных с повышенным исходным уровнем АД и с показателями в моменты замеров, соответствующими нормотонии, максимальное АД в яичниковой артерии колебалось от 3,3 до 8,0 кПа, минимальное — от 2,5 до 4,7 кПа.

Представляют интерес наблюдения, в которых могут быть сопоставлены показатели АД в условиях патологии с показателями АД в симметричных сосудах. Это касается женщин с поражением одного из яичников. Мы определяли во время операции АД в яичниковой артерии у 2 больных с дермоидными кистами яичников, у которых уровень АД в яичниковой артерии пораженной стороны был более высоким, чем в яичниковой артерии на стороне с неизмененным яичником. Возраст больных — 22 и 24 года. Общим женщинам проведено вылущивание дермоидной кисты яичника с сохранением маточных труб. Одна операция была выполнена под перидуральной анестезией, вторая — под общим эндотрахеальным наркозом. Исходный уровень АД у первой больной — 16,0/10,7 кПа, у второй — 14,7/9,3 кПа. Давление в момент замера у обеих — 14,7/9,3 кПа. Давление в яичниковой артерии на пораженной стороне — 13,1/9,2 кПа, на интактной — 10,0/6,7 кПа. У второй больной соответственно на пораженной стороне — 8,0/6,7 кПа, на интактной — 5,3/4,4 кПа.

Аналогичные данные были получены при исследованиях, проведенных у 7 больных с цистаденомами яичников (см. табл.).

Величины АД в яичниковых артериях на пораженной и интактной стороне у больных цистаденомой яичников

Наблюдения	Исходное АД, кПа	Уровень АД во время замеров, кПа	АД в яичниковой артерии на пораженной стороне, кПа	АД в яичниковой артерии на интактной стороне, кПа
1	17,3/12,0	12,0/9,3	5,3/5,1	4,0/3,2
2	16,0/10,7	17,3/10,7	14,7/8,5	12,0/8,0
3	18,7/12,0	18,7/13,3	12,7/10,7	19,0/8,7
4	18,7/12,0	13,0/9,3	2,0/1,3	1,1/1,1
5	18,7/10,7	12,0/9,3	8,7/8,0	8,0/6,0
6	19,3/12,0	12,0/8,0	2,7/2,7	2,7/2,7
7	20,0/9,3	12,0/8,0	12,0/5,3	2,7/1,3

У 5 больных (номера наблюдений — 1—5) размеры серозных цистаденом были от $8 \times 8 \times 6$ до $15 \times 10 \times 8$ см. У 2 женщин муцинозные цистаденомы достигали значительных размеров (наблюдения 6 и 7). Количество муцинозной жидкости в обоих случаях доходило до 10 л. У 5 из 7 больных максимальное и минимальное АД в яичниковой артерии на пораженной стороне было выше, чем в том же сосуде на интактной стороне.

У 2 больных давление с обеих сторон существенно не различалось (наблюдения 5 и 6). В этих случаях отмечены низкие показатели системного АД, соответствующие гипотензии. У одной женщины (наблюдение 6) измерение уровня давления в яичниковой артерии проводилось после эвакуации муцинозного содержимого цистаденомы.

По данным уровня АД в истмическом пункте и по давлению в яичниковой артерии косвенно можно судить об изменении кровообращения в матке. Так, у 2 из 8 больных миомы АД в исследуемых нами сосудах оказалось намного выше, чем обычно.

Одной женщине в возрасте 45 лет была произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков по поводу множественной интерстициально-субсерозной миомы матки. Исходное системное АД было 21,3/15,3 кПа, в момент замера — 18,7/12,0 кПа. АД в яичниковой артерии справа равнялось 16,0/13,3 кПа, слева — 17,3/13,3 кПа. Артериальное давление в ампулярном пункте справа — 12,0/8,0 кПа, слева — 10,7/8,0 кПа. Второй женщине выполнена надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу множественной интерстициально-субсерозной миомы матки. Исходное системное АД в этом случае — 22,7/12,0 кПа, в момент замера — 20,0/12,0 кПа. АД в истмическом пункте справа — 20,0/14,7 кПа, слева — 13,3/8,7 кПа, в ампулярном пункте справа — 12,0/6,7 кПа, слева — 10,7/7,3 кПа.

Представляет интерес оценка сдвигов показателей гемодинамики в зависимости от изменения кровообращения вследствие лигирования сосудов по ходу операций, удаления патологических образований и отключения ряда сосудов. У 6 больных производили замеры АД в истмическом и ампулярном пунктах до перевязки яичниковой артерии и после нее. Во всех случаях лигирование яичниковой артерии вызывало падение АД в ампулярном пункте. Во время 4 операций АД измеряли до и после

лигирования яичниковой артерии в истмическом пункте унилатеральной стороны. Во всех случаях в этом отделе сосудистой дуги было установлено повышение уровня АД. У 2 больных при замерах АД до и после лигирования восходящей ветви маточной артерии отмечено падение АД в истмическом пункте и его подъем в яичниковой артерии и ампулярном пункте. При одновременном лигировании яичниковой и трубной ветвей восходящей маточной артерии, произведенном во время 5 операций (экстирпация матки или надвлагалищная ампутиация матки без придатков), наступало резкое падение АД в истмическом пункте. Одновременно при этом наблюдалось его повышение в ампулярном пункте. Во время 3 операций были произведены замеры АД до перевязок маточной и яичниковой артерий на контралатеральной стороне и после них. Каких-либо сдвигов уровня АД в сосудах одной стороне не выявлено.

Таким образом, нами показана возможность исследования АД (максимального, минимального и венозного) в экстраорганных сосудах матки и придатков. Обнаружена возможность асимметрии показателей АД в яичниковых артериях правой и левой сторон. Установлена зависимость уровня АД в сосудах придатков матки от показателей системного давления. Отмечено, что при дермоидных кистах и цистаденомах АД в яичниковой артерии пораженной стороны бывает выше, чем в одноименной артерии интактной стороны.

Поступила 4 апреля 1983 г.

УДК 616.717.11+616.727.2]—031.63—002—08:615.814.1

ОПЫТ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА

Ю. Н. Буланков, Р. Ш. Шакуров, И. Н. Пинягина, О. Г. Хорошкова

Кафедра рефлексотерапии (зав.— доц. Р. Ш. Шакуров) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Плечелопаточный периартрит («боль в плече», «болезненное плечо», плечелопаточный периартроз, периартрит плечевого сустава) — проблема, актуальная для ортопедов, невропатологов и терапевтов. Объясняется это тем, что данная патология встречается довольно часто, трудна для объяснения этиологических и патогенетических механизмов возникновения и для лечения.

Боли в области плечевого сустава могут быть обусловлены разнообразными патологическими состояниями в организме: заболеваниями легких, органов брюшной полости, мочеполовой сферы, церебральными нарушениями и др. По мнению Р. А. Зулкарнеева (1979), отраженные явления, возникающие в тканях плечевого сустава по висцеро-моторно-сенсорным рефлексам, становятся «второй болезнью» — плечелопаточным периартритом (ПЛП). В последние годы в генезе плечелопаточного периартрита большое значение уделяется патологии шейного отдела позвоночника. Я. Ю. Попелянский (1981) считает плечелопаточный периартрит частным проявлением нейроостеофиброза, возникающего в брэдитрофных тканях верхних конечностей из-за раздражения тканей шейного отдела позвоночника при остеохондрозе. По его данным, плечелопаточный периартрит наблюдается в 23% шейного остеохондроза. Таким образом, все большее признание находят взгляды, рассматривающие плечелопаточный периартрит как полиэтиологическое заболевание с монопатогенетической сущностью.

По мнению ряда авторов, иглорефлексотерапия является перспективным методом лечения плечелопаточных периартритов [1, 5].

Под нашим наблюдением находились 64 пациента с плечелопаточным периартритом как проявлением нейродистрофического синдрома шейного остеохондроза (мужчин — 23, женщин — 41). Преобладающее большинство было в возрасте от 40 до 60 лет. С поражением правого плечевого сустава поступило 33 человека, левого — 18 и обоих суставов — 13. Как правило, рефлексотерапию применяли после безуспешно проведенных медикаментозных, физиотерапевтических и других методов лечения при большой длительности заболевания. 49 больных лечились стационарно в клинике рефлексотерапии, 15 — амбулаторно. В клинической картине преобладали боли и ограничение объема движений в области плечевых суставов с наличием противоболевых установок, болевых точек. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника выявлялись признаки дегенеративно-дистрофических изменений, преимущественно на уровне позвоночных сегментов $C_{IV}-C_{V}-C_{VI}-C_{VII}$. На рентгенограммах в области плечевых суставов только у 3 больных определялась перестройка структуры головки плечевой кости. На РЭГ у всех обследованных регистрировались признаки различной степени выраженности нарушений гемодинамики в вертеброба-