

НАРУШЕНИЕ ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА В МАЛОМ ТАЗУ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ТАЗОВЫМИ БОЛЯМИ

АДЕЛЬ БУКТОР

УО «Витебский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии

Резюме. Цель работы – изучить гемодинамику в маточных и яичниковых венах у женщин с хроническими тазовыми болями после хирургического лечения гинекологической патологии и эмоционального состояния у данной категории этих женщин.

В исследование включено 139 пациенток с хроническими тазовыми болями, возникшими после хирургического лечения по поводу гинекологической патологии. Женщины были разделены на 4 группы в соответствии с объёмом оперативного лечения: экстирпация матки с придатками, либо надвлагалищная ампутация матки с придатками; оперативное лечение в объёме экстирпация матки или надвлагалищной ампутации матки без придатков; оперативное вмешательство на одном или обоих яичниках с сохранной маткой; оперативное лечение в объёме удаления маточных труб с одной или двух сторон.

Установлено, что у женщин с хроническими тазовыми болями формируется застой в венозном русле малого таза, что проявляется увеличением диаметра маточных и яичниковых вен, снижением пиковой систолической скорости систолического кровотока в маточных венах.

Ключевые слова: хронические тазовые боли, маточные и яичниковые вены.

Abstract. To study the hemodynamic in uterine and ovarian veins in women with chronic pelvic pain after surgical treatment of gynecologic pathology and emotional state of this category of women.

We examined a total of 139 cases with chronic pelvic pain after surgical treatment of gynecologic pathology. Four groups of patients were analyzed according to operative intervention: uterine extirpation with uterine adnexa or supravaginal uterine amputation with uterine adnexal; uterine extirpation without uterine adnexa or supravaginal uterine amputation without uterine adnexal; operative intervention on one or both ovaries with intact uterus; ectomy of one or both uterine tube.

Were found, that stagnation in venous bed of pelvis is formed in women with chronic pelvic pain. This manifested in increasing of the diameter of the uterine and ovarian veins, reducing of peak of systolic blood flow speed in uterine veins.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210042, г. Витебск, ул. В.-Интернационалистов д. 12, корп. 2, кв. 115, тел раб. 23-01-07. – Занько Ю.В.

Хронические тазовые боли (ХТБ) представляют серьезную проблему. По данным различных авторов, около 30% женщин страдают нециклическими тазовыми болями, продолжающимися более 6 месяцев. Несмотря на большое число публикаций по данной тематике, единого взгляда на вопросы диагностики и лечения ХТБ до сих пор нет, а в 30-60% случаев причина хронических тазовых болей остается невыявленной [1, 2, 4, 5]. Зачастую больные с ХТБ длительное время и безуспешно лечатся по поводу различной гинекологической патологии. Вместе с тем причинами хронических тазовых болей могут являться: эндометриоз, миома матки, тазовое венозное полнокровие, урологические заболевания, синдром раздраженного кишечника и т.д.

Наиболее частой причиной ХТБ по данным разных авторов, является тазовое венозное полнокровие (37-40%), второй по встречаемости – эндометриоз (20-25%), на третьем месте – хронический сальпингоофорит (10-15%), затем миома матки (10-12%), в остальных случаях - кистозные изменения яичников (5-6%) и альгодисменорея (4-5%) [1, 4, 5]. В целом распространенность варикозной болезни вен малого таза в популяции женщин репродуктивного возраста достигает 10-25% [3, 5].

Цель исследования – изучить гемодинамику в маточных и яичниковых венах у женщин с хроническими тазовыми болями после хирургического лечения гинекологической патологии и эмоционального состояния у данной категории этих женщин.

Методы

В исследование включено 139 пациенток с ХТБ, возникшими после хирургического лечения по поводу гинекологической патологии, которые состояли на учете в женской консультации. Женщины были разделены на 4 группы, в соответствии с объемом оперативного лечения. В 1 группу было включено 28 женщин, которым выполнено оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками, либо надвлагалищной ампутации матки с придатками. Во 2 группу было включено 36 женщин, которым было выполнено оперативное лечение в объеме экстирпация матки или надвлагалищной ампутации матки без придатков либо с удалением придатков с одной стороны, либо резекции яичников. В 3 группу была включена 31 пациентка после оперативного вмешательства на одном или обоих яичниках, в 4 группу – 44 женщины, после оперативного лечения в объеме удаления маточных труб с одной или двух сторон. Средний возраст женщин в 1 группе составил $51,3 \pm 2,8$ года, во 2 группе – $49,6 \pm 4,3$ года, в 3 группе – $34,1 \pm 5,2$ года, в 4 группе $28,4 \pm 3,9$ года. При сравнении групп по возрасту выявлены достоверные различия между 1 и 2 группами и 3 и 4 группами ($p < 0,01$), между 3 и 4 группами ($p < 0,05$). Всем женщинам проведено стандартное клиникалабораторное обследование, согласно протоколам диспансерного наблюдения в женской консультации. Всем женщинам дополнительно было проведено ультразвуковое сканирование малого таза с доплерометрией маточных сосудов. Определялся диаметр правой и левой маточных вен, правых и левых яичниковых вен, пиковая систолическая скорость кровотока в русле маточных вен. Контрольные группы для сравнения и оценки кровотока в маточных и

яичниковых венах выбирались среди здоровых женщин сопоставимых по возрасту.

Для определения интенсивности болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), для определения эмоционального состояния женщин использовался тест Сонди в модификации Л.Н. Собчик. Тестирование состоит в том, что обследуемому лицу предлагается выбрать наиболее симпатичные и наименее приятные портреты разных мужчин и женщин. Каждый портрет по своей физиогномической и психологической сущности отражает в наиболее заостренном виде одно из основных восьми базисных человеческих влечений. Портреты распределены на 6 серий по 8 портретов в каждой серии. Личностный профиль испытуемого вырисовывается при заполнении специальных сеток. При многократных исследованиях их столько, сколько проведено обследований. Каждая отдельная сетка заполняется при очередном обследовании. Сетка представляет собой заготовку для получения профиля. Количественные показатели основываются на количестве выборов портретов одной серии, которое в свою очередь формируется из числа предпочитаемых и отвергаемых портретов этой серии. Затем показатели разных серий сравниваются между собой. Выделяется три вида реакций: средняя, нулевая и полная. Средней – испытуемый выбирает в среднем 3 (от 2 до 4) из 6 портретов одной серии (т.е. одного фактора). При нулевой реакции испытуемый из 6 портретов одного фактора не выбирает ни одного портрета или выбирает самое большее один как симпатичный и один как несимпатичный портрет. При полной реакции испытуемый выбирает все 6 или 5 (самое меньшее – 4) портрета одного какого-либо фактора. Нулевая реакция – при которой испытуемый не выбирает ни одного или выбирает как симпатичный (или несимпатичный) только один портрет из соответствующего фактора, представляет крайнюю степень выраженности раскрываемого данным фактором влечения, но в состоянии разряженного, отреагирования, удовлетворения данной потребности. Полная реакция – так обозначается выбор, при котором 6, 5 или самое меньшее 4 портрета одного и того же фактора отобраны все равно, как: предпочитаемые или отвергаемые. Согласно опыту, такой выбор выявляет то влечение или личностную тенденцию, которая оказывает наибольшее динамическое воздействие, т.е. требует разрешения. При этом реакция может быть позитивной, если все (или почти все) выборы выявлены как симпатичные, и негативной, если все (или почти все) выборы расцениваются как несимпатичные. Для статистической обработки материала использован пакет программ Statistica 7.0 (Statsoft Inc., США). Рассчитывалась медиана Me и интерквартильный размах (25-75%). Критический уровень достоверности принимался при $p < 0,05$, рассчитанный при использовании критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение.

Данные обследования женщин по результатам визуальной аналоговой шкалы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение женщин согласно проявлению болевого синдрома

Интенсивность болевого синдрома	1 группа (n=28)	2 группа (n=36)	3 группа (n=31)	4 группа (n=44)
Слабая боль (1-4 балла по ВАШ)	28 100%	32 89%	11 35%	13 30%
Умеренная боль (5-7 баллов по ВАШ)	-	4 11%	17 55%	27 61%
Сильная боль (8-10 баллов по ВАШ)	-	-	3 10%	4 9%
Интенсивность болевого синдрома	1 группа (n=28)	2 группа (n=36)	3 группа (n=31)	4 группа (n=44)
Слабая боль (1-4 балла по ВАШ)	28 100%	32 89%	11 35%	13 30%
Умеренная боль (5-7 баллов по ВАШ)	-	4 11%	17 55%	27 61%
Сильная боль (8-10 баллов по ВАШ)	-	-	3 10%	4 9%

При анализе данных представленных в таблице 1 установлено, что в группе 1 и группе 2 отсутствуют различия между интенсивностью болевого синдрома, тогда как в группе 3 и 4 преобладают женщины с умеренным болевым синдромом. Также следует отметить, что в 3 и 4 группах отмечаются случаи появления сильных болевых ощущений после хирургического лечения. При бимануальном влагалищном исследовании женщин 1 группы было выявлено, что во всех случаях были явления тазового ганглионита (боковые стенки таза были болезненны при пальпации). Также имело место сочетание с варикозным расширением геморроидальных вен в 8 случаях (29% женщин). Эндометриоз культи влагалища выявлен у 2 женщин (7% случаев) 1 группы. При бимануальном исследовании женщин 2 группы явления тазового ганглионита выявлено у 34 женщин (92% случаев), сочетание с варикозно расширенными геморроидальными венами выявлено у 13 женщин (36% женщин), эндометриоз культи шейки матки у 3 женщин (8% случаев). В 3 группе тазовый ганглионит встречался у 9 женщин (29%), при этом болевой синдром оценивался как слабая боль. Варикозно расширенные геморроидальные вены встречались в 7 случаях (23% случаев). Позадишеечный эндометриоз диагностирован в 1 случае (3% женщин). У остальных 23 женщин (74% случаев) 3 группы при бимануальном влагалищном исследовании не обнаруживалось органических изменений, которые могли бы объяснить возникновение болевого синдрома. В 4 группе женщин явления тазового ганглионита обнаружены у 7 женщин (16% случаев), варикозно расширенные геморроидальные вены у 5 женщин (11%), эндометриоз шейки матки у 3 женщин (7%). У оставшихся 32 женщин (73% женщин) 4

группы при бимануальном влагалищном исследовании не было установлено органических изменений, которые могли бы объяснить возникновение болевого синдрома.

Данные ультразвукового исследования и доплерометрии венозного русла малого таза представлено в таблице 2.

Таблица 2

Данные ультразвукового и доплерометрического исследования венозной системы малого таза у женщин с синдромом хронической тазовой боли после хирургического лечения гинекологической патологии

Сторона	2 группа (n=36)	кон- троль (N=20)	3 группа (n=31)	кон- троль (N=20)	4 группа (n=44)	Кон- троль (N=20)
Диаметр маточных вен, см						
Правая	-	-	0,51; 0,33-1,11	0,39; 0,37-0,52	0,88; 0,68- 1,06*	0,38; 0,36-0,41
Левая	-	-	1,04; 0,98- 1,13*	0,44; 0,38-0,47	0,92; 0,73- 1,04*	0,37; 0,31-0,49
Диаметр яичниковых вен, см						
Правая	0,49; 0,44- 0,52*	0,21; 0,18-0,23	0,33; 0,21-0,34	0,23; 0,19-0,29	0,57; 0,32- 0,64*	0,25; 0,21-0,32
Левая	0,48; 0,46- 0,53*	0,22; 0,17-0,26	0,39; 0,34- 0,41*	0,24; 0,21-0,27	0,54; 0,34- 0,61*	0,23; 0,17-0,27
Пиковая систолическая скорость кровотока в русле маточных вен (см/с)						
Правая	-	-	3,97; 3,55- 4,26*	6,37; 6,24-6,51	1,81; 1,42- 2,03*	7,12; 6,29-7,38
Левая	-	-	4,04; 3,66- 4,29*	6,22; 6,17-6,35	1,42; 1,14- 1,97*	6,98; 6,32-7,21

Примечание:* – $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

У женщин с синдромом хронической тазовой боли после хирургического лечения гинекологической патологии, при ультразвуковом исследовании был выявлен венозный застой в органах малого таза, который проявлялся увеличением диаметра практически всех основных венозных коллекторов малого таза и снижением пиковой систолической скорости в русле маточных вен. Во 2 группе диаметр вен и кровотоков определялся только в яичниковых венах в силу объема оперативного лечения в данной группе. Диаметр правой яичниковой вены со-

ставил 0,49; 0,44-0,52 см, левой – 0,48; 0,46-0,53 см, что статистически значимо больше чем в контрольной группе – 0,21; 0,18-0,23 см и 0,22; 0,17-0,26 см соответственно. В 3 группе диаметр правой маточной вены статистически значимо не отличался от диаметра одноименной вены контрольной группы и составил 0,51; 0,33-1,11 см и 0,39; 0,37-0,52 см соответственно. Однако медианные значения диаметра левой маточной вены у женщин 3 группы были выше в 2,4 раза по сравнению с контрольной и составили 1,04; 0,98-1,13 см и 0,44; 0,38-0,47 см соответственно. Похожая картина наблюдается и различиях диаметров яичниковых вен справа и слева у женщин 3 группы. Статистически значимые различия наблюдаются между диаметрами яичниковой вены слева: в 3 группе – 0,39; 0,34-0,41 см, в контрольной – 0,24; 0,21-0,27 см ($p < 0,05$), справа в 3 группе – 0,33; 0,21-0,34 см, в контрольной – 0,23; 0,19-0,29 см ($p > 0,05$). Пиковая систолическая скорость в маточных венах у женщин 3 группы справа и слева была достоверно ниже, чем в контроле в на 47,7% и 36,1% и составили справа 3,97; 3,55-4,26 см/с и 6,37; 6,24-6,51 см/с, слева 4,04; 3,66-4,29 см/с и 6,22; 6,17-6,35 см/с соответственно.

У женщин 4 группы диаметр маточных вен справа и слева в 2,4 раза больше диаметра маточных вен в контрольной группе, и составил 0,88; 0,68-1,06 см и 0,92; 0,73-1,04 см и 0,38; 0,36-0,41 см и 0,37; 0,31-0,49 см соответственно. Аналогичная ситуация сложилась и бассейне яичниковых вен правой и левой стороны. Следует отметить, что пиковая скорость кровотока в маточных артериях женщин 4 группы составила справа 25,4% пиковой скорости кровотока у женщин контрольной группы 1,81; 1,42-2,03 см/с и 7,12; 6,29-7,38 см/с соответственно, и 16,0% 6,98; 6,32-7,21 от пикового кровотока контрольной группы слева – 1,42; 1,14-1,97 см/с и 6,98; 6,32-7,21 см/с соответственно. Данные факты свидетельствуют о том, что хирургическое лечение является фактором, провоцирующим гемодинамические расстройства в основных венозных коллекторах малого таза, формированию полнокровия в малом тазу, венозного застоя.

Эмоциональная характеристика личности женщин согласно данным тестирования в исследуемых группах представлена в таблице 3.

Таблица 3

Результаты тестирования по методу Сонди в модификации Собчик женщин, страдающих хронической тазовой болью после хирургического лечения гинекологической патологии

Группа	Выбор портрета	Вектор S		Вектор P		Вектор Sch		Вектор C	
		Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
Группа 1	Положительный выбор	6	29%	3	14%	1	5%	3	14
	Отрицательный выбор	9	43%	16	76%	17	81%	18	86%
	Амбивалентная реакция	6	29%	2	10%	3	14%	0	0%

Группа	Выбор портрета	Вектор S		Вектор P		Вектор Sch		Вектор C	
		Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
Группа 2	Положительный выбор	7	29%	5	21%	2	8%	2	8%
	Отрицательный выбор	13	54%	17	71%	19	79%	17	71%
	Амбивалентная реакция	4	17%	2	8%	3	13%	5	21%
Группа 3	Положительный выбор	15	68%	7	32%	6	27%	2	9%
	Отрицательный выбор	3	14%	9	41%	15	68%	19	86%
	Амбивалентная реакция	4	18%	6	27%	1	5%	1	5%
Группа 4	Положительный выбор	18	58%	24	77%	19	61%	13	42%
	Отрицательный выбор	12	39%	1	3%	7	23%	7	23%
	Амбивалентная реакция	1	3%	6	19%	5	16%	11	35%

При анализе структуры личности пациенток обращает на себя тот факт, что нарушение сексуальной удовлетворенности с признаками эмоционального мазохизма присутствуют в 29% случаях 1 и 2 группы женщин, у 68% случаев 3 группы и 58% случаев 4 группы. Однако наличие высокой частоты встречаемости амбивалентной реакции в 1 и 2 группах 29% случаев и 17% случаев соответственно нивелируют разницу по этому вектору между группами. Что позволяет сделать вывод, о том, что возникновение хронической тазовой боли после перенесенного хирургического лечения нарушают сексуальное функционирование женщин, приводит формированию стойкого восприятия себя не полноценной.

При анализе вектора P обращает на себя увеличение положительных выборов в 4 группе до 77%, против 14% в 1 группе, 21% во второй группе, и 32% в 3 группе. Данный факт подтверждает то, что длительное болевое воздействие на организм вызывает психосоматическое отреагирование и формирует моральную раздвоенность и сомнения возникновение принципиальной дилеммы, которая возможно направит жизнь в другое русло. Делит жизнь на «до боли и после». Вызывает у этих женщин неясное ощущение чувства вины, определенного морального дискомфорта, что не позволяет им обращаться за помощью к врачам своевременно. А перенос вины на врачей провоцирует агрессивное поведение, что опять в свою очередь затрудняет диагностический поиск и терапевтическое воздействие.

Анализ вектора Sch показал, что в группе 1, 2 и 3 преобладает отрицательный выбор 81%, 79% и 68% соответственно, что указывает на личность отвергнутую, которая пытается включить других в круг своего общения. Деструктивные тенденции направленные на организм могут принимать различные формы вплоть до самоубийства. Преобладание положительного выбора в 4 группе, что составило 61% случаев, характеризует личность как инфантильную, нарцисстическую. Это, например, может способствовать формированию болевого синдрома в тазу как способ демонстративности поведения, привлечения внимания со стороны окружающих, поиск вторичной выгоды болезни.

Анализ вектора С показал, что преобладание отрицательных выборов указывает на формирование доминирования в межличностных отношениях, гиперответственности с одновременной неспособностью построения новых устойчивых социальных связей. Преобладание в 4 группе положительных выборов и амбивалентных реакций свидетельствует о развитии сексуальной неустойчивости, полной двойственности в сфере контактов, чрезмерной коммуникативности или замкнутости, склонности к фобиям страху, подавленности.

Заключение

1. У женщин с синдромом хронической тазовой боли после хирургического лечения гинекологической патологии обнаруживается увеличение диаметров основных венозных коллекторов малого таза в 2,4 раза, что влечет за собой замедление кровотока по маточным венам у данной категории женщин.

2. Пиковая скорость кровотока в русле маточных вен у женщин 3 группы составила справа и слева от пиковой скорости кровотока в контрольной группе 47,7% и 36,1% соответственно. А у женщин 4 группы пиковая систолическая скорость кровотока в маточных венах по сравнению с контрольной составила справа всего лишь 25,4% пиковой скорости кровотока, слева – 16,0%.

3. Состояние эмоциональной сферы женщин согласно данным теста Сонди характеризуется как нереализованное сексуальное влечение, с проявлениями мазохистических тенденций в у женщин с ХТБ в 68% случаев, увеличение тревожности и пессимистический настрой на будущее в 76,3% случаев, состояние конфликтной зависимости от родителей – 52,3%, не удовлетворенность профессиональным статусом – 41,8%, завышенные притязания – 38,7%, гиперответственность и демонстративное проявление человеколюбия – 37,9%.

Литература

1. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза / Н.В. Рымашевский [и др.]; под общ. ред. Рымашевского Н.В. – Ростов-н/Дону: 2000. – 109 с.

2. Роузвия, С.К. Гинекология: пер. с англ.; / Роузвия С.К.; под общ. ред. Э.К. Айламазян. – М.: МЕДПресс-информ, 2004. – 520 с.

3. Система обследования и лечение больных с варикоовариоцеле / О.А. Орлова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – С. 40-45

4. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Г.А. Савицкий [и др.]. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 144 с.

5. Хроническая тазовая боль / А.Н. Белова [и др.]; под общ. ред. А.Н. Беловой. – М.: Антидор, 2007. – 572 с.