

ствии негативных изменений выставлялся 1 балл, а при их наличии – 0. Уровень жизни оценивался как неудовлетворительный при сумме баллов ≤ 5 ; удовлетворительным – если ≥ 6 баллов.

Данные подвергнуты статобработке по программе Биостатистика 4.03 по критериям χ^2 , t-критерий Стьюдента.

Результаты. В кабинете колопроктолога при поликлинике №1 г. Махачкала с 2003 г. организовано оказание практической и методической помощи колостомированным больным. По данным ВОЗ на 100 тыс. населения в среднем приходится 100 стомированных пациентов. В Республике Дагестан проживает более 2,5 млн. человек, ожидаемое число стомированных пациентов должно быть ~2500. На учете у колопроктолога состоит лишь 106 больных. Разницу между действительными и ожидаемыми цифрами можно объяснить недостаточной информированностью населения о службе реабилитации, нежеланием пациентов посещать колопроктолога в силу отдаленного проживания. По результатам внедрения реабилитационных мероприятий проведена сравнительная оценка качества жизни больных с колостомами.

В контроле у большей части пациентов исключение из рациона продукты, вызывающие усиление газообразования и повышение перистальтики, сделало их питание неполноценным. Произвольное выделение кала и газов заставляет этих пациентов самоизолироваться от общества, снижать активность посещения общественных культурных мероприятий. Из-за боязни отхождения кишечного содержимого из стомы, пациентам приходится спать в вынужденном положении, поэтому сон поверхностный, тревожный. У 27,4% обследованных стул был 1–2 раза в сутки, у 31,6% – 3–4 раза, у 21,9% – >4 раз в сутки.

У лиц контрольной группы астенизация нервной деятельности установлена в 32,6% случаев, среди них преобладали лица с осложненной колостомой, жаловавшиеся на головную боль, раздражительность, замкнутость, мнительность, вспыльчивость. Наличие колостомы отразилось на семейном положении: 11 обследованных в возрасте до 40 лет после операции расторгли брак, причем с одинаково частото по инициативе как мужчин, так и женщин, у 38% ухудшились взаимоотношения в семье.

У большинства лиц основной группы, которым оказывалась методическая помощь по разработанной системе, образ жизни в двигательном отношении был достаточно активным. Общественные места регулярно посещали 31,6% пациентов, тогда как в контрольной группе – всего лишь 13,2% ($p=0,029$). Аппетит у больных основной группы сохранен; только 16,2% пациентов отметили ухудшение аппетита, что связано с однообразным питанием и брезгливостью вследствие периодического появления неприятного кишечного запаха. Многие больные исключают из рациона продукты, вызывающие учащение стула и усиление газообразования: молоко, острую и жирную пищу, лук, чеснок, копчености и др. Все больные достаточно хорошо переносят углеводистую пищу, легко усваиваемые белковые продукты – мясной фарш, паровые котлеты, отварную рыбу, яйца и др.

Большинство больных основной группы, перенесших операцию с формированием постоянной колостомы, вполне трудоспособны. Некоторые из них, не будучи заняты на производстве, дома делали тяжелую физическую работу, а 32,4% пациентов вернулись к прежней работе и 26,8% – перешли на другую, а в группе сравнения – только 8,5% пациентов ($p=0,0038$) после формирования стомы работали по прежней специальности; 37,8% ($p=0,23$) лиц поменяли профессию.

Из-за неуправляемого акта дефекации многие колостомированные пациенты вынуждены стать инвалидами. В контрольной группе 53,1% человек после операции стали инвалидами, в основной же группе их наблюдалось всего лишь 30,1% ($p=0,018$). Таким образом, реализация программы медико-социальной реабилитации в кабинете колопроктолога позволила значительно улучшить качество жизни колостомированных пациентов.

Литература

1. Амалин В.М., Рыков В.И. // Хир.– 1981.– № 6.– С.105.
2. Блохин Н.Н. // Вопросы пластич. хир., ортопед. и травматол.– Горький, 1953.– Вып. 2.– С.179–183.
3. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных.– М.: Медицина, 1977.–144с.
4. Герцен П.А. // Хир.– 1940. 2.– С.124–127.
5. Рыжих А.Н., Богуславский Л. С. Советы больным по уходу за противоестественным задним проходом.– М., 1970.–10с.

6. Федоров В.Д. и др. // Хир.– 1981.– № 8.– С.91–94.

7. Шельгин Ю.А. Некоторые аспекты медицинской реабилитации больных с одностольной колостомой: Автореф. дис.... канд. мед. наук.– М., 1982.–16с.

УДК 616.753

СОСТОЯНИЕ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ЛОПАТОЧНОГО ЛОСКУТА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ШЕИ.

И.А. МИХАЙЛОВ, В.Ю. МОРОЗ, А.А. ЮДЕНИЧ*

Изучены состояние сосудистой ножки и изменение кровообращения в лопаточном лоскуте в различные сроки после пересадки на область шеи у 41 больного с последствиями термической травмы. В сроки <10 лет и >10 лет артериальная венозная ножка лоскута, «подключенная» к лицевым сосудам остается проходимой. В предварительно растянутых лоскутах восстановление тканевого кровотока в сроки до 10 лет протекает значительно медленнее, чем в не растянутых лоскутах.

Внедрение в медицину микрососудистой хирургии позволило вести перенос сложных комплексов тканей в отдаленную от донорского места область человеческого тела с подключением их сосудистой ножки к источнику питания. Подобные достижения были основаны на возможности вести прецизионное разделение и соединение анатомических образований в несколько миллиметров [3]. Большое разнообразие сложных тканевых комплексов на сосудистой ножке получили широкое распространение при устранении дефектов тканей, различной этиологии [4, 9, 1]. Появилась возможность осуществлять трансплантацию участков мышц и костной ткани при обширных комбинированных дефектах тканей в области лица и шеи [6–7, 16, 18].

Ключевым звеном микрохирургических операций является формирование артериально-венозной ножки с помощью микрососудистого шва, что делает кровоснабжение трансплантата независимым от окружающих тканей [8].

На сегодняшний день появились сообщения, посвященные нарушению проходимости сосудистой ножки в ближайшие сроки после трансплантации и результатам реимплантации сложных тканевых комплексов [11–12, 17]. Значительная роль в диагностике этих осложнений отводится оценке напряжения кислорода в тканях [15, 13]. Однако среди опубликованных работ, посвященных этой проблеме, не уделялось должного внимания вопросам кровоснабжения тканевых трансплантатов и состояния их сосудистой ножки в отдаленные сроки после пересадки. В связи с этим мы сочли целесообразным провести исследование на модели лопаточного лоскута с использованием одних и тех же реципиентных сосудов. Этот лоскут был одним из первых сложных тканевых комплексов, получившим широкое распространение среди микрохирургов. Техника его забора была разработана [5, 2]. К его достоинствам можно отнести постоянство сосудистой ножки и возможность увеличения размеров с помощью экспандера [10], что позволит восстанавливать кожные покровы на большой площади при устранении последствий ожоговой травмы.

Цель – изучение состояния сосудистой ножки и кровообращения лопаточного лоскута в после аутоотрансплантации.

Клинические наблюдения и методы исследования. Всего выполнено 63 аутоотрансплантации лопаточного лоскута с подключением сосудистой ножки к лицевым сосудам по типу «конец в конец» в связи с послеожоговой рубцовой деформацией шеи. Возраст пациентов колебался от 17 до 50 лет. Особенностью проведенных трансплантаций являлась необходимость использования у 21 больного предварительно растянутого лопаточного лоскута из-за большой площади поражения кожи. Из 63 операций, в ближайшем послеоперационном периоде проходимость сосудистой ножки была сохранена у 57 (90%) лоскутов которые были оценены нами в течение 1 года. Шесть лоскутов были удалены в связи с тромбозом артериальных и венозных сосудов на ранних сроках после пересадки. В данной статье мы хотим остановиться на оценке состояния кровообращения и сосудистой ножки лопаточного лоскута в отдаленные сроки у 41 пациента. Учитывая длительность периода наблюдения, результаты опера-

* ФГУ Института хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий; Клиническая больница № 85 (Москва)

ции были изучены в сроки от 1 и до 10 лет и свыше 10 лет. Максимальный срок наблюдения составил 16 лет.

Кровообращение в аутооттрансплантате оценивалось по окраске кожного покрова и теста реактивной перфузии капилляров кожи после кратковременного надавливания. Тканевой кровотоку изучали с помощью полярографии, (Тс-Р_О₂). Метод основан на диффузии тканевого О₂ на накожный датчик, нагретый до 45° и расположенный в центре лоскута (газоанализатор TCM-222 фирмы Radiometer, Дания). Исследование проводилось на 5 минуте в положении больного лежа. Проприетность сосудистой ножки подтверждали методом дуплексного сканирования датчиками 4-8 мГц (аппарат HDI 5000 ATL USA, DRE-40 фирмы «Diasonics»).

Результаты. К моменту выписки из стационара, через 1–2 месяца после аутооттрансплантации угроза тромбоза сосудистой ножки тканевого аутооттрансплантата была минимальной, но в ряде случаев сохранялись признаки расстройства кровообращения, обусловленные наличием единственного венозного анастомоза или несоответствием объема сосудистого русла лоскута, площадь которого увеличивается после растяжения экспандером, количеству кровотока, поступающего через осевую артерию после подключения к источнику питания. Другой ни менее значимой причиной, затрудняющей отток крови из лоскута, являются грубые послеожоговые рубцы, окружающие, как трансплантат, так и его сосудистую ножку. В последующем после выписки из стационара отличия в состоянии васкуляризованных нерастянутых и растянутых лопаточных лоскутов сохранялись.

В табл. 1 представлена характеристика состояния кожного покрова лопаточного лоскута после его пересадки на область шеи с учетом вида аутооттрансплантата и периодов наблюдения. В сроки до 1 года нормальная окраска кожных покровов в растянутых лоскутах отмечалась 42,2% в наблюдений, а в нерастянутых лоскутах – в 84,3% случаев. Причем изменения внешнего вида аутооттрансплантата сопровождалось замедлением или ускорением заполнения кожных сосудов после кратковременного надавливания. В условиях проходимой сосудистой ножки устойчивая недостаточность перфузии лоскута, выявленная через 8–12 месяцев после аутооттрансплантации объяснялась значительной площадью и касалась, как правило, растянутых трансплантатов.

Таблица 1

Состояние кожного покрова лопаточного лоскута после аутооттрансплантации на область шеи с учетом периодов наблюдения

Периоды обследования	Окраска кожного покрова	Тип лоскута	
		Не растянутый	Растянутый
До 1 года n=57	Нормальная	32 (84,3%)	10 (42,2%)
	Бледно-синюшная	6 (15,7%)	11 (57,8%)
От 1 г до 10 лет n=41	Нормальная	30 (100%)	8 (73%)
	Бледно-синюшная	-	3 (27%)
Свыше 10 лет n=29	Нормальная	19 (100%)	10 (100%)
	Бледно-синюшная	-	-

В более поздние сроки клиническая картина была однороднее. В обоих типах лоскутов цвет кожных покровов и реакция сосудов на пальцевое прижатие были нормальными. Это говорило о сбалансированном кровообращении и равномерном заполнении кровью всей системы циркуляции лоскута. Лишь в 2-х случаях сохранялся цианоз и ускоренная сосудистая реакция по периферии трансплантата площадь которых составляла ~350 см².

Устойчивая дисциркуляция оказалась наиболее характерна для предварительно растянутых лоскутов с площадью превышающей 300 см² и периодом дерматензии с продолжительностью до 50–60 дней. Наблюдавшиеся при этом изменения окраски кожного покрова и скорости капиллярной реакции после надавливания свидетельствовали об относительной сосудистой недостаточности лоскута. Клинически эти изменения могли трактоваться как нарастающий тромбоз в сосудистой ножке, однако это осложнение не подтверждалось результатами дуплексного сканирования. Наиболее полное представление о характере функционирования тканевого русла лопаточного лоскута можно получить при исследовании напряжения кислорода в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки. Сбалансированный характер кровообращения в аутооттрансплантате проявлялся, прежде всего, нормальной окраской кожного покрова. При этом напряжения О₂ составило было не менее 40–45 мм рт. ст.

В табл. 2 приведены средние значения измерений ТсР-О₂ (уровень ошибки Р = 0,05) зафиксированные в центральной части лопаточных лоскутов при горизонтальном положении пациентов.

Контрольное исследование О₂, выполненное в контралатеральной лопаточной области составило 69–75 мм рт. ст. Необходимо отметить, что часть кислорода утилизируется в слоях эпидермиса, поэтому его количество, попадающее на мембрану датчика, немного меньше (в норме от 50 до 80 мм рт. ст.), чем в крови.

Таблица 2

Изменения средних значений ТсР-О₂ (в мм рт. ст.) лопаточных лоскутов в ближайшие и отдаленные сроки после аутооттрансплантации

Периоды обследования	Характеристика лоскута	
	Не растянутый	Растянутый
В 1–3 сутки после операции n=33	45,0±2,2 n=18	10,3±0,9 n=15
От 2-мес. до 1 года n=29	51,0 ±2,4 n=17	37,2±3,1 n=12
От 1 года до 10 лет n=21	58,7 ±2,8 n=13	43,4±2,6 n=8
>10 лет n=29	60,0±3,1 n=11	49,7±3,0 n=8

В ближайшие сутки после трансплантации заполнение периферического сосудистого русла кровью в нерастянутых и растянутых лоскутах при проходимой сосудистой ножке значительно отличалось друг от друга и была статистически достоверна (Р < 0,05). Причем самые низкие показатели наблюдались в лоскутах площадь которых достигала 350 см². В сроки до 1 года напряжение О₂ в растянутых трансплантатах значительно увеличилось, но все же оставалась меньше чем в не растянутых лоскутах.. В отдаленный период во всех наблюдениях отмечалось его постепенное увеличение напряжения кислорода в обоих типах лоскутов, а разность этого показателя между ними уменьшалась, но оставалась статистически достоверной (Р<0,05). Это подтверждает предположение о том, что сразу после пересадки относительная недостаточность кровообращения в растянутых лоскутах в значительной мере связана с их размерами, а не с самой сосудистой ножкой, так как линейная скорость кровотока в осевой артерии обоих типов лоскутов не имела существенных отличий. По мере приживления тканевого трансплантата, в связи с развитием сосудистой сети образуются дополнительный, автономный источник кровоснабжения. Его значение подтверждается увеличением в 2–3 раза напряжения О₂ после вдыхания больным кислородной смеси, а также сохранением жизнеспособности тканевого аутооттрансплантата после контурной коррекции, сопровождающейся в ряде случаев повреждением сосудистой ножки.

Таблица 3

Изменения линейной скорости кровотока при дуплексном сканировании в артериальной ножке лопаточного лоскута

Периоды обследования	Линейная скорость кровотока (в см/с)	
	В не растянутом лоскуте	В растянутом лоскуте
В раннем послеоперационном периоде n=25	13,71±0,70 n=14	16,0±0,95 n=11
До 1 года n=22	13,62±0,63 n=13	13,67±0,86 n=9
От 1 г до 10 лет n=15	12,5±1,0 n=8	12,43±0,49 n=7
Свыше 10 лет n=10	7,0±1,33 n=6	8,6±2,57 n=5

Эффективность формирования нового источника питания лоскута зависит от его размещения среди здоровых окружающих тканей и предопределяет закономерный вопрос о состоянии сосудистой ножки, как основного источника питания лоскута. Длительность ее функционирования в отдаленные сроки мало зависит от качества шва и может определяться естественными структурными изменениями, зависящими и от условий гемодинамики и давления окружающих плотных тканей. Роль осевого кровоснабжения лоскута в условиях фиброзной трансформации может иметь значение достаточно продолжительное время, так как тромбоз сосудистой ножки может привести к некрозу трансплантата даже через 7 месяцев после его пересадки [14].

В табл. 3 приведены средние значения линейной скорости кровотока (уровень ошибки Р=0,05) при дуплексном сканировании сформированной артериальной ножки после аутооттрансплантации не растянутого и растянутого лопаточного лоскута на об-

ласть шеи с учетом сроков наблюдения. Исследование проводили непосредственно над проекцией анастомоза.

У всех 25 больных на протяжении длительного периода времени артерия и вена сосудистой ножки оказались проходимыми. Тип кровотока в осевой артерии был магистральным, а его линейная скорость в течение 10 лет после пересадки оставалась на достаточно высоком уровне. Однако при исследовании в более поздние сроки отмечалась заметная редукция скоростных показателей кровотока в осевой артерии обоих типов лоскута относительно результатов полученных после формирования сосудистой ножки. Причем эти отличия статистически значимы ($P < 0,05$).

Приводим клинический пример, подтверждающий длительное функционирование сосудистой ножки после аутоотрансплантации лопаточного лоскута на область шеи. Больному Ч., 15 лет (Ист. бол. № 961 /90) в связи с послеожоговой рубцовой деформацией шеи сгибательной контрактурой шеи выполнено иссечение рубцов, устранение контрактуры с пластикой раны кожным лопаточным лоскутом. Осевые артерия и вены, лоскута соединены с лицевыми сосудами конец в конец. Послеоперационный период протек гладко, проходимость сосудистой ножке была подтверждена полярографией - $TcP-O_2$ на 5–10 сутки после операции в положении лежа составляет 42–58 мм рт. ст., при кислородной пробе 146 мм рт. ст. Через 14 лет после операции цвет кожного покрова лоскута обычный (Рис. 1), после кратковременного надавливания реакция заполнения кровью капилляров кожи обычная. $TcP-O_2$ - 55 мм рт. ст. При дуплексном сканировании артериально-венозная ножка проходима (рис. 2).



Рис. 1. Устранение послеожоговой рубцовой сгибательной контрактуры шеи с пластикой лопаточным лоскутом на сосудистой ножке. Анастомозы сформированы с лицевыми сосудами. Через 14 лет после аутоотрансплантации цвет кожного покрова лоскута обычный. Больной Ч., Ист. бол. № 961

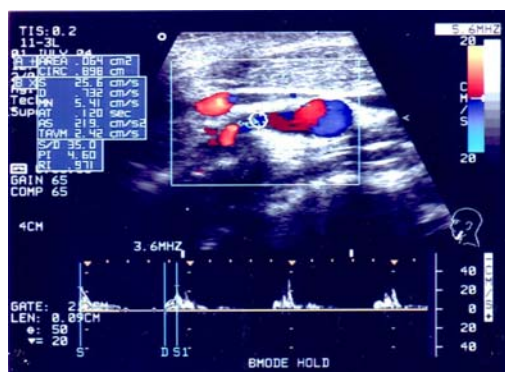


Рис. 2. Дуплексное сканирование сосудистой ножки лопаточного лоскута, сформированного с лицевой артерией. Больной Ч., 31 года. 14 лет после пластики шеи. При цветовом доплеровском картировании определяется проходимость осевая артерия лоскута. Средняя скорость кровотока 5,41 см/с

Приводим клиническое наблюдение результата пластики шеи расширенным кожным лопаточным лоскутом.

Больная У. 19 лет. (Ист. бол. № 4465/88). Поступила по поводу послеожоговой рубцовой деформации шеи, сгибательной контрактуры шеи. Выполнено иссечение рубцов и устранение контрактуры шеи с пластикой раны предварительно растянутым кожным лопаточным лоскутом. Осевые артерия и вены лоскута соединены с лицевыми сосудами конец в конец. Сосудистая ножка сформирована с лицевыми сосудами. Артериальный анастомоз

конец в конец, венозный анастомоз конец в конец. Послеоперационный период протекал с явлениями артериальной недостаточности. Проходимость сосудистой ножки подтверждена полярографией; $TcP-O_2$ на 1–2-е сутки после операции составлял 14 и 27 мм рт. ст., при кислородной пробе 57–73 мм рт. ст. Через 15 лет после операции цвет кожного покрова лоскута обычный (рис. 3), после надавливания реакция заполнения кровью капилляров кожи обычная. $TcP-O_2$ – 49 мм рт. ст. При дуплексном сканировании артериально-венозная ножка проходима (рис. 4).



Рис. 3. Устранение послеожоговой рубцовой сгибательной контрактуры шеи с пластикой предварительно растянутым лопаточным лоскутом на сосудистой ножке. Анастомозы сформированы с лицевыми сосудами. Через 15 лет после аутоотрансплантации цвет кожного покрова лоскута не изменен. Больная У., 31 г. Ист. бол. № 4465.



Рис. 4. Дуплексное сканирование сосудистой ножки предварительно растянутого лопаточного лоскута, сформированного с лицевой артерией. Больная У. 15 лет после пластики шеи. При цветовом доплеровском картировании определяется проходимость осевая артерия лоскута.

Заключение. В настоящем исследовании мы стремились проследить состояние сосудистой ножки лопаточного лоскута дать оценку кровенаполнению его кожного покрова в отдаленные сроки. Особенностью последствий термической травмы шеи является значительная площадь поражения, распространяющиеся на соседние анатомические области, включая зоны расположения реципиентных сосудов. Это требует использования аутоотрансплантатов большой площади и затрудняет наложение микрососудистых анастомозов. Сформированная сосудистая ножка при этом нередко подвергается сдавлению фиброзно-измененными окружающими тканями и ее положение предопределяет возможность тромботических осложнений.

Результаты показали, что в этих условиях артериально-венозная ножка лопаточного лоскута, «подключенная» к лицевым сосудам сохраняет проходимость на протяжении длительно периода времени. Тенденция к снижению линейной скорости кровотока в осевой артерии, как не растянутых, так и растянутых лопаточных лоскутов выявляется лишь через 10 и более лет после аутоотрансплантации, что может быть обусловлено изменениями сосудистой стенки или давлением окружающих ее тканей.

Литература

1. Абалмасов К.Г. и др. // Анн. хир. – 2004. – № 6. – С. 47–53.
2. Антохий Н.И. Микрохирургическая аутоотрансплантация лоскутов в пластике дефектов мягких тканей стопы. Дис... канд. мед. наук. – М., 1987.
3. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб., 1998.

4. Миланов Н.О., Шилов Б.Л. Пластическая хирургия лучевых повреждений. – М., 1996.
5. Миланов Н.О., Трофимов Е.И. //Клин. хир.– № 7.–С.48–51.
6. Неробеев А.И. и др. // Анн. пластич., реконструкт. и эстетич. хир.– 2001. № 3.– С. 29–37.
7. Решетов И.В. и др. //Анн. пластич., реконструкт. и эстетич. хир.– 1999. № .– С. 64–70.
8. О'Брайен Б. Микрососудистая восстановительная хирургия / Пер. с англ.– М., 1981.
9. Трофимов Е.И. Микрохирургическая аутоотрансплантация тканей – направление восстановительной микрохирургии: Дис... докт. мед. наук.– М.– 2001.
10. Юденич А.А. Микрохирургическая аутоотрансплантация при коррекции послеожоговых рубцовых деформаций, контрактур шеи, верхних и нижних конечностей: Дис... докт. мед. наук. М.– 1994.
11. Bui D.T. et al. // Plast. Reconstr. Surg. – 2007.–Vol.119.– № 7– P. 2092–2100.
12. Chen K.T. et al. // Plast. Reconstr. Surg. – 2007.– Vol.120.– № 1– P. 185–195.
13. Driemel O. et al. // Mund Kiefer Gesichtschir.– 2004.– Vol.8 – № 6 – P.361–368.
14. Fisher J., Wood M. // Plast. Reconstr. Surg.– 1984.– Vol. 74, № 2.– P.274–278.
15. Kamolz L.P. et al. // Handchir Microchir Plast Chir/. 2002.– Vol.34 – № 3 – P.195– 200.
16. Neligan P.C. et al.// Plast. Reconstr. Surg./– 1996.–Vol. 98.– № 7.– P. 1159–1196.
17. Pohlenz P. et al. //Clin. Oral. Investig.– 2007.– Vol.11, № 1– P. 89–92.
18. Smith R.B. et al.// Otolaryngol Head Neck Surg.– 2007.– Vol.137 – № 2 – P.182–191.

STATE OF A VASCULARIZATION A SCAPULAR FLAP IN THE DISTANT TERMS OF THE PLASTIC SURGERY OF A NECK

I. A. MIKHAILOV, V.U.MOROZ, A.A.UYDENICH

Summary

The state of the vascular pedicle and the change of the blood circulation of the blood in the scapular flap at periods after transplantation on the neck area are studied. For that, 41 patients with consequences of the thermal trauma had been treated. Has been established, in terms till 10 years and above (maximum term of supervision -16 years), arterial venous pedicle of the flap, connected to the facial vessels, remains permeable. It is marked that, the recovery of the tissue blood flow in a previously stretched flaps proceeds much more slowly, than in non-stretched flaps in terms till 10 years.

Key words: vascular pedicle, a scapular flap

УДК 618.3 – 06 [616.331.1+155.194.8]

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА У МНОГОРОЖАВШИХ С НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

О.А. НЕГОДОВА*

Ведущую роль в развитии нейро-циркуляторной дистонии (НЦД) играют нарушения в центральной нервной системе, проявляющиеся лабильностью сосудистого тонуса и изменения гемодинамики преходящего характера [4]. При многократных родах в результате изменений реологических свойств крови, также ухудшается кровоток в микроциркуляторном русле, что влечет за собой недостаточную перфузию микрососудистой сети и, в конечном счете, может приводить к развитию гипоксии [1,2]. Таким образом, одной из основных причин развития фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при НЦД по гипертоническому типу являются изменения микрогемодинамики в маточно-

плацентарно-плодовом кровотоке [3,4]. Все эти факторы находятся в причинно-следственных отношениях в патогенезе развития ФПН при сочетании НЦД и многократных родах.

Цель исследования – снижение частоты и профилактика гестационных осложнений у многократных женщин с НЦД.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 110 беременных с НЦД гипертонического типа. Всем беременным предстояли 4-е роды. Для оценки состояния фетоплацентарного комплекса нами были проанализированы результаты доплерометрического исследования кривых скоростей кровотока (КСК) в системе «мать – плацента – плод». Допплерометрическое исследование кровотока проводилось в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии плода, в 34–38 недель беременности. Для оценки состояния кровотока использовались основные показатели, которые характеризуют периферическое сосудистое сопротивление: систолическое диастолическое отношение (СДО) и индекс резистентности (ИР).

Результаты исследования. Возраст пациенток находился в пределах от 22 до 45 лет. Средний возраст их составил 25,9±4,6 года. Большая часть обследованных находилась в возрастном промежутке от 25 до 35 лет – 70,9%. Средний возраст менархе в обследованной группе составил 12,7±1,1 год. Давность заболевания у обследованных нами многократных женщин (МРЖ) составила в среднем 7,3±1,2 лет (табл.). На диспансерном учете по основному заболеванию находилось 7,3% МРЖ.

Таблица

Распределение женщин по длительности заболевания

2-5 лет		5-7 лет		более 7 лет	
абс.	%	абс.	%	абс.	%
59	53,6	43	39,1	8	7,3

У всех обследованных нами женщин с НЦД отмечены патологические КСК в маточных артериях, в артерии пуповины – у 55,3%, которые характеризовались снижением конечной диастолической скорости кровотока. Данные изменения свидетельствуют о значительном повышении периферического сопротивления в этих сосудах, что выражается увеличением ИР выше нормативных показателей (до 0,46±0,03 в маточной артерии, до 0,67±0,05 – в пуповинной артерии), увеличением СДО до 1, 82±0,02 в маточной артерии, до 2,79±0,08 в пуповинной артерии. То есть, при НЦД по гипертоническому типу развиваются нарушения как в маточно-плацентарном, так и в плодово-плацентарном кровотоке. Наличие дикротической выемки регистрировалось у 86,8% беременных с НЦД. Эти изменения всегда наблюдались у МРЖ с гестозом среднетяжелой и тяжелой степени. Патологические КСК в среднемозговой артерии в отличие от артерии пуповины у обследованных характеризовались не снижением, а повышением диастолической скорости кровотока и снижением, в сравнении с нормативными показателями, численных значений ИР до 0,67±0,05, СДО до 3,22±0,02. Снижение индексов сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии говорит о компенсаторной централизации кровообращения, что говорит о сниженной плацентарной перфузии вследствие гипоксии плода.

Анализируя вышеизложенные данные, мы выявили, что показатели плодового кровотока при сочетании НЦД и многократных родах говорят о компенсаторно-приспособительной реакции в плодово-плацентарной гемодинамике. Установлено, что фетоплацентарная недостаточность у данного контингента беременных развивается по типу первичных нарушений гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне с постепенным последующим вовлечением в процесс плодово-плацентарного бассейна.

Литература

1. Агеева М.И. // Ультразв. и функц. диагностика.– 2002.– № 4.– С.13–18.
2. Багрий Е.Г. Ожирение и многократные роды.– Махачкала, 2003.– С.54–58.
3. Волков В.С., Цикулин А.Е. Лечение и реабилитация больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники. – М., 1989. – С.5–7.
4. Козина О.В. Нейро-циркуляторная дистония и беременность: Автореф.дис... канд. мед. наук.– М., 2000.– С.12–13.

* Дагестанский научный центр РАМН, г. Махачкала