

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ХВОРИХ З АПОПЛЕКСІЄЮ ЯЄЧНИКА

Одеський державний медичний університет,

**Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса*

У галузі невідкладної гінекології значне місце за частотою реєстрації посідають випадки внутрішньоорганичних та/або внутрішньочеревних крововиливів, які відбуваються у жінок внаслідок апоплексії яєчника (АЯ) [1; 4]. Інтерес до вказаної категорії жінок викликає виключно клінічний аспект захворювання. Більша кількість випадків яєчникових кровотеч припиняються та лікуються консервативно. Оперативного лікування потребують хворі з неприпиненою яєчникомовою кровотечею та клінічні випадки, які супроводжуються великим за об'ємом гемоперитонеумом [1; 4].

При цьому слід звернути увагу на таку клінічну особливість: критичність об'єму крововтрати та рівень вільної рідини, яка нагромаджується в Дугласовому просторі, не завжди має позитивну кореляцію з суб'єктивною поведінкою пацієнток, що є безперечно важливим упродовж діагностичного етапу. Відомі випадки, коли жінки зі значним об'ємом крові в малому тазі (500 мл і більше) суб'єктивно відчували себе задовільно та не пред'являли значних скарг. Лише досвід фахівців і використання усього спектра діагностичних заходів (УЗД, клінічні та лабораторні дані) дозволили встановити вірний діагноз і призначити адекватне лікування. І, навпаки, є категорія жінок, які, навіть при мінімальній інтраабдомінальній кровотечі, мають дуже виражений больовий синдром та інші ознаки «гострого» живота, що помилково вказують на наявність значної внутрішньочеревної катастрофи.

Звичайно, йдеться про різні варіанти психофізіологічної особливості людини, різні ступені вегетативної регуляції гомеостазу та, насамперед, про переважання в поведінці окремих жінок симпатичної або парасимпатичної ланки регуляції, на підставі чого створюється власний психофізіологічний темперамент пацієнток.

Мета роботи — вивчення стану вегетативної регуляції в організмі жінок, які перенесли апоплексію яєчника, залежно від об'єму внутрішньочеревної крововтрати.

Матеріали та методи дослідження

Робота будується на ретроспективному аналізі основних клінічних симптомів у 60 пацієнток із клініко-морфологічним діагнозом «апоплексія яєчника», що перебували під спостереженням на базі кафедри акушерства і гінекології № 1 ОдМУ в клініці гінекології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону (ВМКЦ ПР).

Вік спостережуваних хворих варіював від 17 до 45 років (у середньому — 29,5 роки). Залежно від об'єму внутрішньочеревної кровотечі, хворі були поділені на 3 групи (по 20 пацієнток у кожній групі): у I групу ввійшли пацієнтки, об'єм внутрішньочеревної крововиливу в яких не перевищував 150 мл; у II групу — жінки з об'ємом гемоперитонеуму від 150 до 500 мл; у III групу — хворі, об'єм крововиливу в яких перевищував 500 мл. Контрольну групу спостереження утворили 20 здорових жінок віком від 17 до 45 років, які проходили диспансеризацію в ВМКЦ ПР.

З метою визначення тяжкості стану і тактики ведення хворих усім пацієнткам виконували загальний аналіз крові і, по можливості, ультразвукове дослідження на апараті АЛОКА-1100 і SA-8000 SE вагінальним і трансабдомінальним датчиками. Аналіз висунутих скарг проводили з урахуванням основних описаних у літературі клінічних симптомів. Усім пацієнткам виконували лапароскопічне втручання за загальноприйнятою методикою під ендотрахеальним наркозом із використанням моно- та біполярної електрохірургічної техніки [3].

Функціональний стан вегетативної регуляції внутрішніх функцій оцінювали не раніше ніж через два тижні після виконаного оперативного втручання за такими методиками: визначали тонус спокою (за опитувальником Вейна, а також шляхом визначення вегетативного індексу Кердо (ВІК) [2; 5]; реактивність серцево-судинної системи за низкою функціональних проб (око-серцевою, синокаротидною та холодовою пробою); оцінювали дисбаланс активності симпатичної та парасимпатичної ланки вегетативної регуляції.

Вегетативний індекс Кердо, який є інтегративним показником стану серцево-судинної системи, характеризує співвідношення симпатичних і парасимпатичних впливів на серцево-судинну систему, його визначали за формулою:

$$\text{ВІК} = (1 - d/p) \cdot 100,$$

де d — діастолічний артеріальний тиск (ДАТ, мм рт. ст.); p — частота серцевих скорочень (ЧСС) за 1 хв.

Отримані дані ми інтерпретували таким чином: $ВІК = 0 \rightarrow$ триває рівновага симпатичних і парасимпатичних впливів на серцево-судинну систему, що характеризується як *ейтонія*; $ВІК > 0 \rightarrow$ відмічається перевага симпатичних нервових впливів, що характеризується як *симпатикотонія*; $ВІК < 0 \rightarrow$ відмічається перевага парасимпатичних нервових впливів, що характеризується як *парасимпатикотонія* [5].

Окосерцевий рефлекс (проба Ашнера) визначали таким чином: нормальне сповільнення ЧСС — нормальна вегетативна реактивність; сильне сповільнення ЧСС — підвищена вегетативна реактивність (парасимпатична, вагальна реакція); слабке сповільнення — знижена вегетативна реактивність; відсутність сповільнення — збочена вегетативна реактивність (симпатична реакція).

Синокаротидний рефлекс перевіряли за стандартною методикою [2]. У здорових осіб відбувалися нормальні зміни ЧСС, тобто це свідчило про нормальну вегетативну реактивність. Значення, які були отримані вищими за нормальні, свідчать про підвищену вегетативну реактивність, тобто про підсилення парасимпатичної або про недостатність симпатичної реактивності. При отриманні нижчих за нормальні величини даних робили висновок про зниження вегетативної реактивності. Підсилення ЧСС свідчить про збочення реакції.

При проведенні холодової проби визначали зміни АТ і ЧСС на холододовий подразник [2].

Усі отримані дані були оброблені за допомогою загальноприйнятих у медико-біологічних дослідженнях параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Провідним клінічним симптомом при яєчниковій крово-

течі є тазовий біль. Інтенсивний гострий біль частіше виявлявся у прооперованих пацієнок I групи. У 15 (75,0 %) пацієнок II і III груп напад болю виникав у другій фазі менструального циклу, а серед 14 (70,0 %) хворих I групи захворювання розвивалося в середині менструального циклу. Для пацієнок I групи з вираженим больовим синдромом — 16 (80,0 %) жінок — було характерне раннє звертання по медичну допомогу в стаціонар (протягом перших 2 год від початку нападу). Для 10 (50,0 %) хворих I групи (з незначним гемоперитонеумом) була характерна іррадіація болю у поперекову ділянку. У 7 (35,0 %) жінок відмічалася іррадіація болю в пряму кишку. При звертанні по медичну допомогу загальний стан усіх жінок I групи був розцінений як задовільний. Середні показники гемодинаміки і червоної крові у пацієнок цієї групи були такими: пульс — (72 ± 8) за 1 хв, систолічний артеріальний тиск (САТ) — (124 ± 6) за 1 хв, ДАТ — (70 ± 8) за 1 хв, гемоглобін — (121 ± 16) г/л.

Відповідно до отриманих даних, у пацієнок II групи на перший план також виходять скарги, пов'язані з больовим синдромом. У жінок цієї групи больовий синдром був менш інтенсивний, але мав стійкий характер і не змінювався з часом. Більше половини цих хворих відзначали стійку іррадіацію болю в пряму кишку та промежину. Стан хворих частіше розцінювався як задовільний через відсутність видимих гемодинамічних порушень і змін у червоній крові: пульс — (86 ± 8) за 1 хв, САТ — (122 ± 6) за 1 хв, ДАТ — (68 ± 8) за 1 хв, гемоглобін — (118 ± 16) г/л.

Стан хворих III групи розцінювався як задовільний лише у 4 (20,0 %) пацієнок, у 6 (30,0 %) осіб — середньої тяжкості й у 10 (50,0 %) — тяжкий. Середні показники гемодинаміки та червоної крові у хворих III гру-

пи були такими: пульс — (104 ± 8) за 1 хв, САТ — (87 ± 6) за 1 хв, ДАТ — (68 ± 8) за 1 хв, гемоглобін — (74 ± 12) г/л. При пальпації у всіх жінок відмічалася болючість різної інтенсивності в нижніх і верхніх відділах живота, в 15 (75,0 %) спостереженнях — позитивні симптоми подразнення очеревини. У 12 (60,0 %) пацієнок спостерігався позитивний симптом Куленкампа — болючість при пальпації на фоні відсутності напруження м'язів передньої черевної стінки.

За нашими даними, у 8 (40,0 %) пацієнок із великою внутрішньочеревною крововтратою головною скаргою було погіршення загального стану, запаморочення та втрата свідомості. Ці пацієнтки суб'єктивно оцінювали тазовий біль як незначний за інтенсивністю. А в одному випадку гемоперитонеум об'ємом більше 500 мл був виявлений під час проведення діагностичної лапароскопії. Виявлена на доопераційному діагностичному етапі, під час УЗД, вільна рідина у черевній порожнині через задовільний стан хворої та наявність стабільної гемодинаміки була розцінена як асцитична.

При дослідженні функціонального стану вегетативної регуляції внутрішніх функцій у контрольній групі практично здорових осіб ВІК дорівнював $(-0,9 \pm 0,1)$ од., величина проби Ашнера становила $(-3,9 \pm 0,5)$ од., показники синокаротидної проби (СКП) дорівнювали $(3,9 \pm 0,5)$ од. (табл. 1). У жінок I групи з незначним об'ємом гемоперитонеуму показники ВІК становили $(-2,4 \pm 0,3)$ од., величина проби Ашнера дорівнювала $(-3,6 \pm 0,9)$ од., показники СКП — $(5,3 \pm 0,5)$ од., що на 36 % перевищувало відповідні значення при контрольних спостереженнях ($P < 0,05$). У жінок II групи з помірним об'ємом вільної рідини в малому тазі показники ВІК у 19 разів перевищували відповідні дані при контрольних спостереженнях і дорівнювали

(-17,3±2,1) од. (P<0,01). Показники проби Ашнера не відрізнялися суттєво від контрольних даних, а величина СКП набула негативного значення — (-3,9±0,4) од. (P<0,01). При цьому чітко видно, що показники ВІК і СКП у жінок I та II груп мають суттєві відмінності. При аналогічному дослідженні у жінок III групи було виявлено

суттєво менші показники ВІК (P<0,05) та СКП (P<0,01) порівняно з відповідними контрольними показниками. При цьому також очевидними були відмінності досліджуваних показників у жінок груп спостереження (див. табл. 1).

Показники холодової проби, які висвітлюють симпатичні впливи на серце, суттєво відрізняються в обстежених пацієнток I групи з незначною крововтратою порівняно з аналогічними показниками у практично здорових осіб (табл. 2). Частота серцевих скорочень і величина систолічного АТ (в обох випадках P<0,05) значно перевищували відповідні дані при контрольних спостереженнях. У пацієнток II та III груп усі досліджувані показники не відрізнялися порівняно з контрольними даними, проте були зареєстровані певні міжгрупові відмінності (див. табл. 2).

Дані щодо певного дисбалансу реактивності симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи (ВНС) наведені в табл. 3. Видно, що в більшості жінок I групи відбувається зменшення реактивності парасимпатичного відділу вегетативної регуляції за рахунок активації її симпатичної ланки (P<0,05). Зворотний ефект — зниження реактивності симпатичного відділу вегетативної регуляції за рахунок активації парасимпатичного відділу — чітко простежується у жінок II групи (P<0,05). У цьому сенсі звертає на себе увагу, що серед жінок III групи порівняно з аналогічними даними у жінок II групи більша кількість осіб зі зниженням парасимпатичної та підвищенням симпатичної реактивності (P<0,05).

Отримані дані свідчать про наявність особливостей вегетативного забезпечення регуляторних процесів, а також вегетативної реактивності організму в пацієнток з АЯ з різним

Таблиця 1
Стан тонузу спокою та реактивності серцево-судинної системи у пацієнток із апоплексією яєчника, n=20

Група хворих	Вегетативний індекс Кердо	Проба Ашнера	Синокаротидна проба
Контроль	-0,9±0,1	-3,9±0,5	3,9±0,5
1-ша	-2,4±0,3	-3,6±0,4	5,3±0,5#
2-га	-17,3±2,1** P ₂₋₃ <0,01	-3,5±0,6 P ₂₋₃ >0,05	-3,9±0,4** P ₂₋₃ <0,001
3-тя	-6,5±0,7* P ₂₋₃ <0,05 P ₃₋₄ <0,05	-4,1±1,2 P ₃₋₃ <0,05 P ₃₋₄ >0,05	-0,8±0,2** P ₂₋₃ <0,01 P ₃₋₄ <0,01

Примітка. # — P<0,05 (критерій Kruskal — Wallis); * — P<0,05; ** — P<0,01; *** — P<0,001 — вірогідні розбіжності досліджуваних показників порівняно з відповідними даними при контрольних спостереженнях (АНОВА-критерій). У табл. 1–3: суттєві розбіжності визначалися за допомогою АНОВА-критерію.

Таблиця 2
Показники холодової проби у пацієнток з апоплексією яєчника, n=20

Група хворих	Холодова проба, показники		
	Зміни ЧСС	Зміни систолічного АТ	Зміни діастолічного АТ
Контроль	16,9±0,9	16,8±1,0	16,1±1,0
1-ша	21,5±1,2*	21,6±1,1*	19,6±1,2
2-га	17,2±0,8 P ₂₋₃ <0,05	18,6±0,8 P ₂₋₃ >0,05	17,8±0,9 P ₂₋₃ >0,05
3-тя	17,3±1,1 P ₂₋₄ >0,05 P ₃₋₄ >0,05	16,2±1,2 P ₂₋₄ >0,05 P ₃₋₄ <0,05	19,1±1,0 P ₂₋₄ >0,05 P ₃₋₄ >0,05

Примітка. * — P<0,05 — вірогідні розбіжності досліджуваних показників порівняно з відповідними даними при контрольних спостереженнях (АНОВА-критерій).

Таблиця 3
Зміни балансу реактивності симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи у пацієнток із апоплексією яєчника

Групи хворих	Парасимпатична реактивність, %				Симпатична реактивність, %			
	Нормальна	Знижена	Спотворена	Підвищена	Нормальна	Знижена	Спотворена	Підвищена
Контроль	9	6	0	5	13	2	0	5
1-ша	5	12*	1	2	6	2	1	11*
2-га	7	2	0	11*	5*	12*	1	2
3-тя	5	6 P ₃₋₄ <0,05	0	9*	5*	6* P ₃₋₄ <0,01	1	8 P ₃₋₄ <0,05

об'ємом внутрішньочеревної кровотечі. Виявлено переважання симпатичного відділу ВНС у прооперованих жінок з незначним об'ємом яєчникової кровотечі — симпатикотонію, що проявляється за даними ВІК, проби Ашнера, СКП і холодової проби. У хворих цієї групи реєструється виснаження активності парасимпатичної ланки вегетативного забезпечення. У цілому, отримані дані у пацієнток II та III груп мають ідентичну спрямованість і практично не відрізняються від показників у жінок контрольної групи. Проте у пацієнток III групи наявна тенденція до активації симпатичної ланки регуляції, що пов'язано з більшим стресорним впливом масивної внутрішньочеревної кровотечі.

Дослідження взаємозалежності вегетативної регуляції організму та об'єму внутрішньо-абдомінальної кровотрати у жінок при АЯ не може бути самоціллю клінічних спостережень, проте переважання певної ланки ВНС (симпатичної

або парасимпатичної) в регуляторному гомеостазі пацієнтки може вплинути на клінічний перебіг захворювання.

Висновки

Таким чином, певні особливості вегетативної регуляції організму жінок впливають на клінічний перебіг гострого гінекологічного захворювання, яким є АЯ. Переважання симпатичного відділу ВНС спричинює бурхливі, емоційні скарги у жінок з незначним об'ємом яєчникової кровотечі, що помилково трактується як наявність значної внутрішньочеревної катастрофи та спонукає до активної хірургічної тактики. З другого боку, переважання парасимпатичного відділу вегетативної регуляції, може бути причиною більш пізнього звертання жінки з АЯ по медичну допомогу та нагромадження значного об'єму крові у черевній порожнині. Урахування дисбалансу вегетативної регуляції при комплексному обстеженні хворих із крововиливами яєчникової етіоло-

гії дозволить додатково покращити діагностику клінічних форм АЯ, зменшити кількість оперативних втручань при мінімальній і зупиненій кровотечі, а також врахувати можливість випадків масивного гемоперитонеуму зі стертою клінічною симптоматикою у пацієнток із парасимпатикотонією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. — Н. Новгород : НГМА, 1997. — 30 с.
2. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы / А. М. Вейн. — М. : Медицина, 1991. — 624 с.
3. Кулаков В. И. Оперативная гинекология / В. И. Кулаков. — М. : Медицина, 1990. — 464 с.
4. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології / Г. К. Степанківська, Б. М. Венцківський, Л. В. Тимошенко [та ін.] ; за ред. Г. К. Степанківської, Б. М. Венцківського. — К. : Здоров'я, 2000. — 672 с.
5. Методы исследования вегетативных функций при изучении надсегментарных систем мозга : метод. рекомендации / сост. А. Д. Соловьева. — М., 1980. — 24 с.

УДК 618.14-002-08:615.849

І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, Р. С. Вастьянов

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ХВОРИХ З АПОПЛЕКСІЄЮ ЯЄЧНИКА

У роботі досліджуються особливості вегетативної регуляції в організмі жінок, які перенесли апоплексію яєчника (АЯ) з різним об'ємом внутрішньочеревної кровотрати. Залежно від об'єму гемоперитонеуму, пацієнтки були поділені на 3 групи: I групу становили пацієнтки, об'єм внутрішньочеревної крововиливу в яких не перевищував 150 мл; II групу — жінки з об'ємом гемоперитонеуму від 150 до 500 мл; у III групу увійшли хворі, об'єм крововиливу в яких перевищував 500 мл. Контрольна група — 20 здорових жінок віком від 17 до 45 років. Отримані дані свідчать про наявність особливостей вегетативного забезпечення регуляторних процесів, а також вегетативної реактивності організму у пацієнток з АЯ з різним об'ємом внутрішньочеревної кровотечі. Урахування дисбалансу вегетативної регуляції при комплексному обстеженні хворих із крововиливами яєчникової етіології дозволить додатково покращити діагностику клінічних форм АЯ.

Ключові слова: апоплексія яєчника, вегетативна реактивність, симпатична регуляція, парасимпатична регуляція, дисбаланс, діагностика.

UDC 618.14-002-08:615.849

I. Z. Gladchuk, O. Ya. Nazarenko, R. S. Vastyanov

PECULIARITIES OF VEGETATIVE REGULATION IN WOMEN WITH OVARIAN APOPLEXY

The article describes vegetative regulation peculiarities in women suffering from ovarian apoplexy (OA) in dependence with intraperitoneal bleeding volume. All patients were divided into 3 groups in dependence on haemoperitoneum volume: the 1st group women had intraperitoneal bleeding volume less than 150 ml; the 2nd group women had haemoperitoneum volume from 150 to 500 ml; the 3rd group women had blood loss over 500 ml. Control group consisted of 20 healthy women aged from 17 till 45. The data obtained showed the peculiarities of regulatory processes vegetative supply as well as vegetative reactivity in OA patients with different volume of intraperitoneal bleeding.

Vegetative regulation imbalance investigation during the complex observation of women with ovarian bleeding has to improve additionally diagnosis of OA clinical forms.

Key words: ovarian apoplexy, vegetative reactivity, sympathetic regulation, parasympathetic regulation, imbalance, diagnosis.