

нических и биохимических показателей (от 3 до 5 процедур). Оценка эффективности способа проведена изучением результатов лечения 28 пациентов острым осложненным холециститом. Женщин было 19(67,9%), мужчин – 9(32,1%). Возраст больных колебался в пределах от 32 до 79 лет (в среднем $61 \pm 19,1$ лет). В качестве осложнений холецистита имелись: токсический гепатит, холангит, панкреатит и перитонит. Наряду с холецистэктомией, необходимость дополнительных манипуляций (дренирование холедоха, холедоходуоденоанастомоз и др.) определялась характером патологических изменений, обнаруженных во время операции, и общим состоянием больных (табл.).

Таблица

Общая характеристика больных острым осложненным холециститом

Характеристика	Группы		p (t, χ^2)
	основная	контрольная	
Число пациентов	14	14	
Возраст (лет)	$62 \pm 20,3$	$59 \pm 18,2$	0,68
Муж/жен	10/4	9/5	1,0
Осложнения			
Холангит (%)	28,6	21,4	0,66
Панкреатит (%)	28,6	42,9	0,45
Гепатит (%)	42,9	35,7	0,7
Перитонит	21,4	21,4	1,0
Выполнены			
Дренирование холедоха (%)	42,9	35,7	0,7
Холедоходуоденоанастомоз (%)	14,3	14,3	1,0

Пациентам контрольной группы в послеоперационном периоде проводилась традиционная комплексная инфузионная терапия. В основной группе – внутривенная инфузионная терапия в сочетании с чрезумбиликально-внутрипортальной лазеротерапией. Результаты исследования статистически обработаны по программе Биостатистика 4.03 (1998 год).

При изучении полученных результатов исследований установлено, что внутрипортальная лазеротерапия, по сравнению с традиционным лечением, обеспечивает более эффективную коррекцию нарушений органов гепатобилиарной системы, возникающих при осложненном холецистите, что проявляется положительной динамикой ряда общеклинических биохимических показателей крови. Послеоперационные осложнения в основной группе составили 3,9%, в контроле – 16,3% ($p=0,29$), послеоперационный койко-день $10,2 \pm 2,8$ и $14,6 \pm 3,2$ суток ($p=0,0007$). Летальных исходов в обеих группах не было.

Таким образом, способ послеоперационной чрезумбиликально-внутрипортальной лазеротерапии способствует улучшению результатов хирургического лечения больных осложненным холециститом.

Литература

1. Бриль Г.Е., Евстигнеев А.Р. // Новое в лазерной медицине и хирургии. – М., 1990. – Ч. 2. – С.28–29.
2. Булавкин В.П., Новикова И.А. // Низкоинтенсивные лазеры в медицине. – Обнинск, 1991. – Ч. 2. – С.21–23.
3. Булатов С.А. // Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана. – Ташкент, 1991. – Ч. 2. – С.181–182.
4. Бебуришвили А.Г. и др. // Эндоскоп. хир. – 1998. – № 4. – С.14–18.
5. Брюнин А.В. Сравнительная характеристика малоинвазивных оперативных вмешательств: Автореф. дис... к.м.н. – М., 2000. – 175 с.
6. Брискин Б.С. и др. // Мат-лы межрег. научно-практ. конф. «Хирургия деструктивного холецистита». – Екатеринбург, 2002. – С.19–20.
7. Лозовой А.В. Малоинвазивные технологии в лечении острого холецистита: Автореф. дисс...к.м.н. // Волгоградская академия. – 2002. – 20 с.
8. Маховский В.З. // Хир. – 1992. – № 4. – С.47–52.
9. Мараховский Ю.Х. // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 1994. – № 4. – С.6–19.
10. Хамитов Ф.Ф. и др. // Ангиол. и сосуд. хир. – 2004. – № 10(2). – С.105–109.

УДК 618.1 – 002: 615.838.7

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

И.К. БОГАТОВА, О.К. СЕМЕНОВА*

Эндометриоз относится к распространенным гинекологическим заболеваниям и обнаруживается более чем у 27,6-50% женщин, страдающих бесплодием, у 15-20% женщин в возрасте 20-35 лет, у 27% девушек с первичной дисменореей. В 2003 г. уровень заболеваемости на 100000 женщин эндометриозом вырос на 36,2% [1, 6, 8, 9]. Ведущая роль в патогенезе эндометриоза отводится нейроэндокринным нарушениям. Заболевание сопровождается хроническим болевым синдромом, нарушениями менструальной и репродуктивной функции.

Внимания заслуживают психовегетативные расстройства у лиц с эндометриозом, вызванные нарушением деятельности гипоталамических и лимбических структур [4]. Неврозоподобные, вегетативные расстройства снижают качество жизни, вызывая социальную дезадаптацию, усугубляя патологическую картину заболевания, снижая эффект лечения [3].

Цель исследования – анализ вегетативных нарушений у женщин с генитальным эндометриозом в зависимости от степени тяжести основного заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 109 женщин с различными формами генитального эндометриоза в возрасте от 23 до 54 лет. Больные были разделены на две подгруппы в зависимости от степени тяжести заболевания. Первую составили 72 пациентки с легкой и средней степени тяжести заболевания, т.к. достоверных различий результатов исследования между ними не было выявлено. Во вторую подгруппу вошли 37 женщин с тяжелым течением эндометриоза. Контроль составили 34 практически здоровые женщины, средний возраст которых не имел достоверных различий по сравнению с основной группой. Диагноз эндометриоза установлен на основании данных гинекологического осмотра, гистероскопии, УЗИ, лапароскопии, гистологического исследования биопсийного и операционного материала. Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы, адаптационных возможностей и стрессовой устойчивости организма исследовались параметры сердечно-сосудистой системы [4]. Использован математический компьютерный анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) [7]. Методика исследования ВРС проведена с помощью комплекса «Поли-Спектр-Ритм» фирмы «Нейрософт» (Иваново) по рекомендациям, прилагаемым к аппарату [5].

Для изучения нейромедиаторных соотношений определялся уровень катехоламинов и серотонина в периферической крови. В работе использован флуоресцентно-гистохимический метод, который позволяет проводить количественный спектрофлуориметрический анализ [3]. Забор венозной крови производился в первую фазу менструального цикла.

Результаты исследования. Женщины исследуемой и контрольной групп не имели достоверных различий по возрастному, профессиональному признаку, социальному и семейному статусу. Средний возраст женщин исследуемой группы составил $41,3 \pm 1,7$ года. В процессе обследования внутренний эндометриоз установлен у 81(74,3%) больной, сочетание внутреннего и наружного эндометриоза у – 22(20,2%), наружный эндометриоз диагностирован у 6(5,5%) пациенток. Средний показатель продолжительности заболевания составил $5,7 \pm 1,3$ года. Большинство больных (69,7%) предъявляли жалобы на хронические тазовые боли, нарушения менструальной функции по типу дисменореи (62,4%), гиперполименореи (49,5%), пред- и постменструальные кровянистые выделения из половых путей (46,8%), диспареунию (21,1%).

Воспалительные процессы матки и придатков имели 76,1% женщин с эндометриозом, предменструальный синдром – 66,9% пациенток. 24,8% пациенток имели бесплодие, 26,6% – различные формы мастопатии. Отметим 44,9% оперативных вмешательств на гениталиях у женщин с эндометриозом. Из сопутствующих экстрагенитальных заболеваний в 41,3% случаев диагностирована патология органов желудочно-кишечного тракта и печени. Более чем у 35,8% больных была нейроциркуляторная дистония. Железодефицитная анемия различной степени тяжести

* Ивановская ГМА

диагностирована у 13,8% пациенток. В анамнезе у женщин исследуемой группы имели место частые детские инфекции: паротит (23,9%), корь (38,5%), скарлатина (15,6%).

Таблица 1

Показатели вариабельности ритма сердца (M±m)

Параметры ВРС	Группы женщин		р
	исследуемая (n=109)	контрольная (n=34)	
ЧСС	76,8±3,1	66,0±3,3	<0,05
Спектральный анализ			
TP, мс ²	1440,7±141,2	3199,3±722,9	<0,05
VLF%	49,2±4,1	35,3±3,6	<0,05
LF%	28,0±3,2*	29,6±2,4	>0,05
HF%	22,8±3,6*	35,1±3,3	<0,05
LF/HF	2,1±0,9	1,0±0,7	>0,05

Примечание: р – достоверность различий между группами, * – достоверное различие по сравнению с VLF%.

При оценке вегетативного статуса, по данным сердечного ритма, выявлено, что у большинства (83,5%) женщин исследуемой группы имелись различные отклонения в показателях вариабельности ритма сердца (р<0,05). У всех женщин контрольной группы показатели ВРС были в пределах условной нормы. Данные об исходном состоянии вегетативной нервной системы представлены в табл. 1. Спектральный анализ ВРС показал, что у женщин исследуемой группы была достоверно снижена по сравнению с контрольной общая мощность спектра (TP – total power). В структуре спектральной мощности преобладала доля колебаний очень низкой частоты (VLF – very low frequency) (р<0,05) и соответственно было отмечено уменьшение низкочастотных (LF – low frequency) (р<0,05) и высокочастотных колебаний (HF – high frequency) (р<0,05). Средний показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС) в исследуемой группе был выше, чем у женщин контрольной группы (р<0,05).

Анализ параметров ВРС – в табл. 2. В группе с тяжелым течением заболевания отмечено уменьшение общей мощности спектра (TP) по сравнению с группой с легкой и средней степенью тяжести заболевания. У больных с тяжелой степенью заболевания в структуре спектральной мощности преобладают волны очень низкой частоты VLF%, возрастание волн низкой частоты LF% и уменьшение высокочастотных колебаний HF% (р<0,05).

Таблица 2

Показатели ВРС у больных эндометриозом в зависимости от степени тяжести заболевания (M±m)

Параметры ВРС	Группы женщин			р
	исследуемая (n=109)		контрольная (n=34)	
	степень тяжести			
	легкая и средняя (n=72)	тяжелая (n=37)		
	1	2		
ЧСС	73,7±3,1	79,9±3,2	66,0±3,3	1:2,3>0,05, 2:3<0,05
Спектральный анализ				
TP, мс ²	1545,0±145,9	1334,5±136,5	3199,3±722,9	1:2,3<0,05, 1:2>0,05
VLF%	49,7±4,1	47,8±4,1	35,3±3,6	1:2,3<0,05, 1:2>0,05
LF%	26,0±3,3 *	33,8±3,1 *	29,6±2,4	1:2,3>0,05
HF%	24,3±3,7 *	18,4±4,5 *, ●●	35,1±3,3	1:2,3<0,05, 1:2>0,05
LF/HF	1.7±0.9	3.2±0.9	1.0±0.7	1:2,3>0,05

Примечание: р – достоверность различий между группами; * – достоверное различие по сравнению с VLF%; ●● – достоверное различие по сравнению с LF%.

Реактивность ВНС оценивалась по данным ортостатической пробы (табл. 3). У 50,5% больных выявлен спад реактивности симпатического отдела ВНС, что достоверно больше по сравнению с контролем (17,7%). Адекватная реакция на ортостатическую пробу была у 41,3% женщин исследуемой группы, что меньше, чем в контроле (79,4%). При тяжелом течении заболевания происходило изменение вегетативной реактивности в сторону ее снижения или избыточной реакции.

Таблица 3

Сравнительный анализ реактивности ВНС у женщин с эндометриозом при проведении ортостатической пробы (%)

Реактивность ВНС	Группы женщин				р
	исследуемая			контроль (n=34)	
	в ср. по группе (n=109)	степень тяжести			
		легкая и средняя (n=72)	тяжелая (n=37)		
Адекватная	41,3	42,1	5,4	79,4	1,2,3:4<0,05; 2:3<0,05
Сниженная	50,5	56,5	73,0*	17,7	1,2,3:4<0,05; 2:3>0,05
Избыточная	8,3	1,4*	21,6*	2,9	1,3:4<0,05; 2:4>0,05; 2:3<0,05

Примечание: р – достоверность различий между группами; * – достоверное различие по сравнению с адекватной реактивностью

Результаты исследования уровней катехоламинов (КА) и серотонина (СТ) в периферической крови приведены в табл. 4. У женщин исследуемой группы средние показатели уровня катехоламинов и серотонина в периферической крови были ниже, чем в контрольной группе (р<0,05). Наиболее низкий уровень КА и СТ имел место в группе больных с тяжелым течением заболевания.

Таблица 4

Содержание катехоламинов и серотонина в периферической крови больных эндометриозом (условные единицы)

	Группы женщин				p
	исследуемая			контрольная (n=22)	
	в ср. по группе (n=54)	степень тяжести			
		легкая и средняя (n=28)	тяжелая (n=26)		
	1	2	3	4	
КА	1,75±0,24	1,89±0,22	1,55±0,21	2,45±0,31	1,2,3:4<0,05; 2:3>0,05
СТ	6,76±0,85	6,82±0,82	6,51±0,57	10,64±0,86	1,2,3:4<0,05; 2:3>0,05

Примечание: р – достоверность различий между группами

При эндометриозе длительно существующие выраженные клинические проявления заболевания (болевого синдромом, нарушения менструальной функции) вызывают у больных генерализованные расстройства вегетативной нервной системы в виде психоэмоционального синдрома [2, 4]. В связи с этим мы оценивали функциональное состояние вегетативной нервной системы.

Оценка вегетативного статуса выявила, что у большинства (83,5%) женщин с эндометриозом имелись различные отклонения в показателях ВРС. Временные и спектральные параметры кардиограмм у женщин с эндометриозом говорили о перестройке механизмов регуляции с тенденцией к снижению активности симпатического (LF), так и парасимпатического отделов (HF) ВНС и росту влияния церебральных и гуморально-метаболических факторов (VLF) в модуляции сердечного ритма. Средний показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС) у больных был выше, чем у здоровых, что могло быть обусловлено и активацией адренэргических механизмов регуляции, и спадом активности парасимпатического отдела ВНС. Исследование ВРС показало, что у женщин с эндометриозом снижены регуляторные и адаптационные возможности организма.

Данные ВРС в группе женщин с тяжелым течением заболевания выявили существенное уменьшение общей мощности спектра (TP), значительное преобладание центральных и гуморально-метаболических факторов (VLF) в модуляции сердечного ритма и вегетативный дисбаланс, выражающийся повышением активности симпатического (LF) и снижением активности парасимпатического (HF) отделов ВНС. Ведущее значение в модуляции сердечного ритма центральных и гуморально-метаболических влияний при тяжелом течении заболевания говорило о переходе на менее эффективную (медленную) систему регулирования.

Итоги ортостатической пробы у женщин с эндометриозом выявили спад реактивности симпатического и активности пара-

симпатического отделов ВНС. При тяжелом течении заболевания изменялась реактивность симпатического отдела ВНС в сторону сниженной или избыточной реакции и вегетативная дисфункция в виде неадекватной реакции на малую нагрузку, что говорило о снижении регуляторных и адаптационных механизмов.

Низкие ср. показатели уровней КА и СТ в периферической крови у больных эндометриозом по сравнению с группой здоровых женщин говорили о спаде активности гуморального звена симпатико-адреналового отдела ВНС и трофотропных систем. Самые низкие уровни КА и СТ имели место в группе больных с тяжелым течением заболевания, что, возможно, связано со снижением у этих пациентов резервных возможностей медиаторного звена симпатико-адреналового системы и трофотропных систем.

Выводы. У 83,5% женщин с эндометриозом выявлены отклонения в вариабельности ритма сердца, указывающие на снижение регуляторных и адаптационных возможностей организма, спад активности нервного и гуморального звеньев симпатико-адреналового отдела вегетативной нервной системы и нейромедиаторного компонента трофотропных систем, преобладание церебральных и гуморально-метаболических влияний в модуляции сердечного ритма, вегетативный дисбаланс в виде повышенной активности симпатического отдела сопровождал тяжелое течение эндометриоза. Оценка состояния вегетативной нервной системы показала зависимость вегетативных нарушений при эндометриозе от степени тяжести заболевания. Полученные данные говорят о необходимости обследования вегетативной нервной системы у женщин с генитальным эндометриозом.

Литература

1. Аветисова К.Р. и др. // Акуш. и гин.– 1986.– № 3.– С. 19.
2. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кура Е.Ф. Эндометриозная болезнь.– СПб.: Изд-во Н-Л, 2002.
3. Виноградов С., Диндяев С. Некоторые информационные и методические аспекты флуоресцентно-гистохимического анализа нейромедиаторных биоаминов: Метод. рек.– Иваново, 1988.
4. Заболевания вегетативной нервной системы: Рук-во для врачей / Под ред. А.М. Вейна.– М.: Медицина, 1991.
5. Михайлов В.М. Вариабельность сердечного ритма.– Иваново, 2000.
6. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой.– М.: Мед. информ. аг-во, 1997.
7. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Вариабельность ритма сердца.– М.: Старко Ко, 1998.
8. Серов В.Н. и др. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии.– М.: Русфармамед, 1995.
9. Фролова О. // Качество жизни.– Медицина, 2004.– № 3(6)–С. 9–12.

УДК 618.89-008.441.44

ОБОСНОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ ОТРАВЛЕНИЯ ДИМЕДРОЛОМ И ФЕНАЗЕПАМОМ

Н. В. ДРЁМОВА*

Рост показателей суицидального поведения на протяжении последних лет создает острую медико-социальную проблему [1]. Высокая распространенность суицидального поведения, тенденция к её росту и «омоложению» отмечается отечественными и зарубежными исследователями [2, 10–11].

По данным регионального бюро ВОЗ, за последние 15 лет число самоубийств среди лиц в возрасте 15–24 лет выросло в 2 раза; самоубийства как причина смерти в этом возрасте занимают 2-3-е место в европейских странах. По данным [3], до 62% суицидальных попыток приходится на возраст 16–25 лет.

Проблема суицида, сочетая в себе комплекс социальных, культурных и медико-психологических аспектов, отрицательно влияет на общественный порядок, внутрисемейные отношения,

психическое и физическое здоровье подрастающего поколения и общества в целом. Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дизадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Большинство суицидальных попыток путём приёма лекарственных средств в преднамеренно завышенных дозировках, причем чаще они не завершаются летальным исходом (незавершенные суицидальные отравления). Подобные случаи – причина пребывания лиц молодого возраста в токсикологическом отделении больницы скорой медицинской помощи. Анализ структуры госпитализации в токсикологическое отделение МУЗ Городской больницы скорой медицинской помощи г. Курска показал, что попытки суицида в основном совершаются путем приёма димедрола или феназепамов.

Димедрол относится к группе H₁-антигистаминных средств с парасимпатолитическим, центральным холинолитическим и психотропным действием, феназепам – к группе транквилизаторов (анксиолитиков) и, будучи производным бензодиазепинов, оказывает эффект путем взаимодействия с бензодиазепиновым рецептором, блокады активирующего влияния сетчатого образования на кору большого мозга; есть сведения о его влиянии на периферические и центральные адрено-, холино- и триптаминергические системы. Механизмы острого отравления этими препаратами изучены и используются алгоритмы оказания медицинской помощи в подобной ситуации [12, 13]. Но последствия токсического действия препаратов в отношении функционального состояния нервной системы у лиц, перенесших попытку суицида, известны недостаточно. Опыт лечения после суицидальных попыток позволяет сомневаться в достаточной степени восстановления функций нервной системы на момент выписки из токсикологического стационара.

Пребывание пациента в токсикологическом отделении обычно ограничивается несколькими днями, поскольку задачей данного стационара является оказание медицинской помощи при патологии соматической сферы. Состояние последней после проведения специализированной детоксикационной терапии, как правило, быстро возвращается к границам физиологической нормы. Однако спонтанное повреждение и столь же быстрое восстановление неврологических функций сомнительно. Опыт свидетельствует о частых нарушениях памяти, внимания и вегетативных функций у лиц, совершивших суицидальную попытку, не обнаруживаемых при традиционном исследовании. Анализ литературы показывает, что в реабилитации суицидентов не в полной мере реализуются меры социально-психологического и медицинского характера. Это говорит о нарушении принципов комплексности и преемственности в лечении. Актуальна оценка функционального состояния нервной системы суицидентов в целях повышения эффективности лечебных мероприятий.

Цель работы – выявление изменений функционального состояния нервной системы у лиц с незавершенными суицидальными отравлениями димедролом и феназепамом при выписке их из токсикологического стационара.

Материал и методы. Обследовано 170 человек, из них 140 суицидентов токсикологического отделения МУЗ ГБ СМП г. Курска (основная группа) и 30 здоровых людей (контрольная группа). В основной группе 78 пациентов имели отравление феназепамом и 62 – димедролом. Ср. возраст – 22±6 лет.

Методы исследования – клинико-неврологический [6] с оценкой вегетативной сферы с помощью опросников Российского Центра вегетативной патологии (РЦВП) для выявления вегетативной дистонии; анализ уровней реактивной и личностной тревожности (тест Спилбергера – Ханина), внимания (таблицы Шульте), оперативной и логической памяти).

О функциональном состоянии головного мозга судили по данным компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) [9]. ЭЭГ регистрировали монополярно по международной системе расположения электродов «10-20» в 10 симметричных лобных, центральных, височных, теменных, затылочных отведениях с функциональными пробами (ритмическая фото- и фоностимуляция, гипервентиляция) на аппарате «Ritm System ВРА-0020» – специализированный медицинский комплекс для мониторингирования, регистрации и компьютерного анализа биопотенциалов мозга человека. Данный комплекс позволяет осуществлять регистрацию ЭЭГ с одновременной фильтрацией и синхронной компьютерной обработкой записи. Одной из основных методик регистрации и анализа показателей спектральной плотности является топографическое картирование,

* Кафедра неврологии и нейрохирургии Курского ГМУ