

- Сирота Н.А. Копинг-поведение и психо-профилактика психосоциальных расстройств у подростков /Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский //Обозр. психиатр. и мед. психол.- 1994.- №1.- С.63-74.
- Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia /G.Jukel, P.L.Morosini //Curr. Opin. Psychiatry.- 2008.- Vol.6.- P.630-639.
- Terry D.I. Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior /D.I.Terry //Pers. Individ. Diff.- 1998.- Vol.12 (10).- P.1031-1047.
- Schwarzer R. Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource /R.Schwarzer //Diagnostica.- 2004.- Vol.40, №2.- P.105-123.
- Zimet G.D. The multidimensional scale of perceived social support /G.D.Zimet // J. Personality assessment.- 1988.- Vol.52. (1).- P.30-41.

Пшук Е.Я. Маркова М.В.

СПОСОБНОСТЬ К ВОСПРИЯТИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Резюме. Изучены особенности способности к восприятию социальной поддержки больных шизофренией в зависимости от динамики развития заболевания. Определены доноры социальной поддержки: семья, друзья и другие важные. Установлено, что способность к восприятию социальной поддержки больными шизофренией снижается с увеличением продолжительности заболевания.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, социальная поддержка, доноры социальной поддержки.

Pshuk Y.Y. Markova M.V.

THE ABILITY TO PERCEIVE SOCIAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Summary. The features of the ability to perceive social support in patients with schizophrenia according to the dynamics of the disease. Donors identified social support: family, friends and other important. Found that the ability to perceive social support for patients with schizophrenia decreases with increasing duration of the disease.

Key words: paranoid schizophrenia, social support, social support donors.

Стаття надійшла до редакції 23.04.2014 р.

Пшук Євген Ярославович - к. мед. н., асистент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова; +38 0432 55-07-47

Маркова Маріанна Владиславівна - д. мед. н., професор кафедри медичної психології та сексології ХМАПО; +38 057 711-11-79

© Распутіна Л.В.

УДК: 616.24-007.277-036.12:001

Распутіна Л.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (вул. Пирогова 56, Вінниця, 21018, Україна)

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Резюме. Метою роботи було встановлення поширеності фібриляції передсердь у хворих на ХОЗЛ, вивчення основних клініко-функціональних предикторів формування фібриляції передсердь (ФП) та порівняння даних інструментальних методів обстеження у пацієнтів з діагностованою фібриляцією передсердь та без порушень ритму. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ пароксизми ФП виявлено у 32 (30,2%) хворих. У 15 (46,3%) хворих на ХОЗЛ, що мають пароксизми ФП, переважали ознаки концентричного ремоделювання лівого шлуночка, ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка встановлена у 8 (24%) ($p=0,05$), у котрих були вираженими ознаки гіпертрофії правого шлуночка, збільшення товщини передньої стінки правого шлуночка. Таким чином, предикторами виникнення ФП у пацієнтів на ХОЗЛ є ряд структурно-функціональних показників: ексцентричне та концентричне ремоделювання лівого шлуночка, ремоделювання правого шлуночка, зумовлені переважанням як об'ємом, так і тиском, легенева гіпертензія, діастолічна дисфункція правого шлуночка.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, фібриляція передсердь, предиктори.

Вступ

За даними світової статистики відмічається невпинне зростання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Поширеність ХОЗЛ у світі та Європі середньому становить 7,2%, тобто близько чотирьох мільйонів сто тисяч людей страждають на це захворювання, у міських жителів поширеність ХОЗЛ сягає 10,2%, відповідно серед чоловіків - 9,8% та жінок - 5,6%, серед пацієнтів старше 40 років - 10%, старше 65 років - 14,2%, серед курців - 15,4%, серед людей, що ніколи не курили - 4,3%, серед колишніх курців - 10,7% [Curkendall et al., 2006].

Десятирічний ретроспективний аналіз медичних карт

стаціонарних хворих виявив, що у 51,7% хворих ХОЗЛ діагностували захворювання серцево-судинної системи, серед них найчастіше у 28,9% - ішемічна хвороба серця (ІХС), у 19,6% - серцева недостатність (СН), у 12,6% - порушення ритму. Наявність супутніх захворювань сприяє збільшенню частота госпіталізацій протягом року з приводу будь-яких захворювань [Бондаренко, Яблучанский, 2004; Коваленко, 2010; Carverley, 2010].

Відомо, що у пацієнтів на ХОЗЛ часто в клінічній картині мають місце порушення ритму, найчастіше це суправентрикулярні та шлуночкові екстрасистоли, суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія, фібриля-

ція передсердь. Порушення ритму, збудливості, автоматизму та провідності найчастіше зустрічались в осіб з поєднанням ХОЗЛ та серцево-судинною системою. У 60,0 - 92,3% хворих на хронічні неспецифічні захворювання органів дихання діагностуються різні порушення ритму, найчастіше спостерігаються надшлуночкові аритмії (70%) малих градацій, також часті випадки надшлуночкових екстрасистолій високих градацій, шлуночкові аритмії виникають дещо рідше (26%) та в окремих випадках спостерігаються пароксизмальна тахікардія. Слід сказати, що найбільше значення для діагностики порушень ритму в хворих на ХОЗЛ має добуве моніторування ритму. Фібриляція передсердь (ФП) є найбільш поширеним хронічним порушенням серцевого ритму, яке зустрічається в 1 - 2% людей у загальній популяції [Потабашний, 2010; Yawn, Karlan, 2008]. У хворих на ХОЗЛ виникнення ФП діагностують у 12 - 56% випадків, наявність цієї аритмії асоційована з гіршим прогнозом, збільшенням витрат на лікування, розвитком ускладнень та прогресуванням основного захворювання [Карпов и др., 2004]. Саме тому вивчення патогенетичних особливостей формування ФП, предикторів виникнення у хворих на ХОЗЛ є своєчасним та актуальним.

Мета: встановити поширеність фібриляції передсердь у хворих на ХОЗЛ, вивчити основні клініко-функціональні предиктори формування фібриляції передсердь, порівняти дані інструментальних методів обстеження у пацієнтів з діагностованою фібриляцією передсердь та без порушень ритму.

Матеріали та методи

Обстежено 108 хворих, з діагностованим ХОЗЛ, без супутньої артеріальної гіпертензії (АГ) в анамнезі, середній вік обстежених (64,5±1,2) років, серед них чоловіків було 68 (63,0%), середній вік (66,2±2,8) років, жінок було 40 (37,0%), середній вік (57,08±4,2) років. У всіх хворих на момент включення був синусовий ритм. Характеристика обстежених представлена в таблиці 1.

Більшість обстежених були у віці від 45 до 59 років - 42 (38,9%) та у віці 60-74 років - 43 (39,8%) (рис. 1).

Усім хворим проведено добуве моніторування електрокардіографії (ЕКГ) з оцінкою порушень ритму, провідності, варіабельності серцевого ритму (BCP), оцінкою коронарного кровообігу на апараті DiaCard 03500 (Солвейг, АОЗТ м.Київ). Показники внутрішньосерцевої гемодинаміки визначали методами ехокардіографії та імпульсно хвильової доплерографії з використанням датчиків 3,0-3,6-6,6 МГц на апараті "Logiq-500" (фірми GE, США) за стандартним протоколом. Визначення функції зовнішнього дихання проведено на комп'ютерному спірографі "MasterScopePC" (Erich Jaeger, Німеччина).

Статистичну обробку отриманих результатів виконали на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows, Grand Pack, Serial Number 9593869) згідно Бюль, Цефель

(2005) та даних Наследова (2007). Досліджувані величини представлені у вигляді "середнє значення ± стандартна похибка середньої величини" ($M \pm m$) або "середнє значення ± стандартне відхилення" ($M \pm ?$). Достовірними вважали результати порівнянь при значенні $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

За даними добугового моніторування ЕКГ встановлено, що у хворих на ХОЗЛ пароксизми фібриляції/тріпотіння передсердь виявлено у 32 (30,2%) хворих. Кількість епізодів фібриляції/тріпотіння передсердь за добу у хворих ХОЗЛ становить (5±1,2) (2; 18); тривалість епізодів фібриляції/тріпотіння передсердь за добу становить (9±6,5) (4; 60) с.

В послідовному порівнювали клініко-інструментальні дані серед хворих ХОЗЛ, що мали діагностовані епізоди фібриляції/тріпотіння передсердь, їх було 32 (30,2%) - 1 група, та тих, у кого не виявлено ознак фібриляції/тріпотіння передсердь - 76 хворих (69,8%) - 2 група. Групи були репрезентативними за віком та статтю.

У хворих 1 групи частіше діагностовано ознаки псевдонормального та рестриктивного типів діастолічної функції лівого шлуночка на відміну від хворих 2 групи (рис. 2).

Враховуючи відсутність супутньої АГ у хворих обох обстежуваних груп зміни діастолічної дисфункції лівого шлуночка, особливо порушення розслаблення, яке зумовлене жорсткістю міокарда та порушенням наповнення лівого шлуночка, пояснюється спільністю патогенезу гіпертрофії обох шлуночків, симптоматичним підвищенням артеріального тиску, формуванням хронічного легеневого серця.

Подібні зміни ми виявили при оцінці структурно-геометричного ремоделювання лівого шлуночка (рис. 3).

У пацієнтів на ХОЗЛ, що мають пароксизми фібри-

Таблиця 1. Характеристика хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, що були включені в дослідження.

Параметр	Значення
Чоловіки абс., %	68 (63,0%)
Середній вік, роки	56,2±2,8
Жінки абс., %	40 (37,0%)
Середній вік, роки	57,1±4,2
ІМТ, кг/м ²	31,1 (25,9; 34,8)
Кількість хворих, що курять, абс., %	41 (37,9%)
Індекс куріння, пачко/роки	26,09±4,08
Середній стаж ХОЗЛ, роки	9,1±0,92 (6; 12)
Ішемічна хвороба серця, абс. %	12 (11%)
Функціональна (спірографічна) характеристика хворих на ХОЗЛ	
ХОЗЛ, легкої ступені тяжкості	14 (12%)
ХОЗЛ, середньої ступені тяжкості	60 (56%)
ХОЗЛ, важкого ступеню тяжкості	34 (32%)

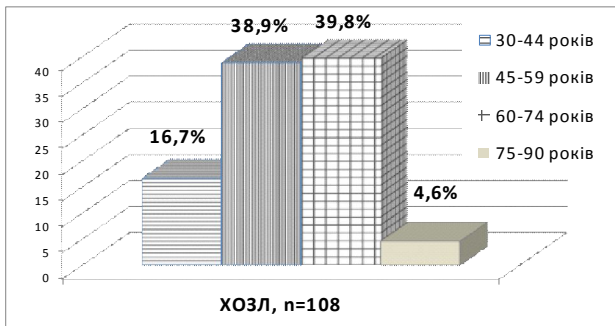


Рис. 1. Розподіл хворих хронічним обструктивним захворюванням легень залежно від віку.

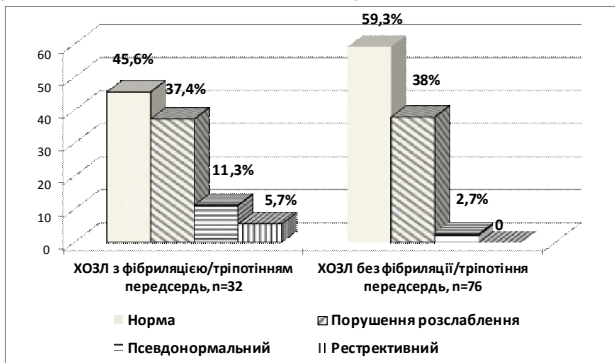


Рис. 2. Стан діастолічної функції лівого шлуночка залежно від наявності пароксизмів фібриляції/тріпотіння передсердь.

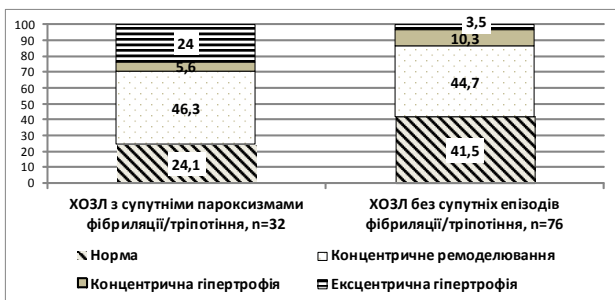


Рис. 3. Типи структурно-геометричного ремоделювання лівого шлуночка (Ganau) у хворих ХОЗЛ залежно від наявності фібриляції/тріпотіння передсердь.

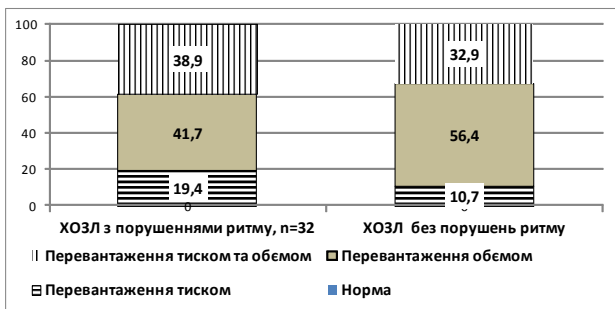


Рис. 4. Типи ремоделювання правого шлуночка у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень залежно від наявності порушень ритму.

ляції/тріпотіння передсердь переважали ознаки концентричного ремоделювання лівого шлуночка у 15 (46,3%)

хворих, що достовірно більше, ніж у хворих 2 групи ($p=0,002$). Достовірно частіше серед хворих 1 групи діагностовано ексцентричну гіпертрофію лівого шлуночка - у 8 (24%) ($p=0,05$). Ознаки ексцентричної гіпертрофії лівого шлуночка можливо пояснити формуванням хронічного легеневого серця в цій групі хворих, можливою дилатацією порожнин та симптоматичним підвищенням артеріального тиску.

В той же час в 2 групі обстежених достовірно більше було пацієнтів, що не мали ознак структурно-геометричного ремоделювання лівого шлуночка ($p=0,001$); а також пацієнтів, які мали концентричну гіпертрофію лівого шлуночка, що діагностовано у 7 (10,3%) хворих ($p=0,002$) (див. рис. 3).

Суттєвої відмінності за розподілом між ступенем зниженням фракції викиду лівого шлуночка в обох групах обстежених еами не встановлено. Переважали пацієнти, як в 1, так і в 2 групах, що мали фракцію викиду лівого шлуночка більше 45%, кількість пацієнтів із зниженою систолічною функцією лівого шлуночка достовірно не відрізнялось між групами, відповідно таких хворих було 5 (16,7%) в 1 групі та 14 (19,2%) в 2 групі ($p=0,32$). Проведений аналіз демонструє, що систолічна дисфункція лівого шлуночка достовірно частіше мала місце у хворих із супутньою ІХС та з проявами ексцентричної гіпертрофії лівого шлуночка.

Більш виражені зміни при ехокардіографічному дослідженні виявлені при оцінці правих відділів серця. Перш за все відмічається зростання кінцевого діастолічного та кінцевого систолічного розмірів правого шлуночка (КДР та КСР) у хворих як 1 групи, так і 2 групи. Відсутні достовірні відмінності між групами порівняння, проте в кожній групі розміри правого шлуночка були вищими (табл. 2).

У хворих на ХОЗЛ 1 групи діагностовано більш виражені ознаки гіпертрофії правого шлуночка та відмічається збільшення товщини передньої стінки правого шлуночка. Аналіз скоротливості правого шлуночка за допомогою визначення величини фракції викиду правого шлуночка дозволяє встановити певні особливості. Зокрема, найнижчою фракція викиду була у хворих на ХОЗЛ 1 групи, що ймовірно свідчить про формування легеневого серця у цих хворих. Аналогічна тенденція, хоча й без достовірної різниці, спостерігається стосовно рівня систолічного тиску в легеневій артерії. В той же час, достовірна відмінність виявлено щодо стану діастолічної функції правого шлуночка. Має місце зменшення Е/А тристулкового клапану в 1 групі, що свідчить про погіршення релаксаційних властивостей міокарда правого шлуночка і може бути ознакою гіпертрофії правого шлуночка та тривалої легеневої гіпертензії в цій групі хворих (табл. 2).

У хворих 1 групи відмічається переважання пацієнтів, що мали порушення ремоделювання правого шлуночка зумовлене як перевантаженням тиском, так і об'ємом, а саме у 12 (38,9%) ($p=0,02$) (рис. 4).

Таблиця 2. Порівняння параметрів правих відділів серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень залежно від наявності порушень ритму.

Показники	Загальна кількість обстежених (n=108)		p
	Хворі на ХОЗЛ з порушеннями ритму (n=32)	Хворі на ХОЗЛ без порушень ритму (n=76)	
iКДР правого шлуночка, мм/м ²	13,5 (12,1; 15,0)	14,1 (12,4; 15,3)	0,62
КСР правого шлуночка, мм	15 (13; 19)	15 (14; 17)	0,76
i Правого передсердя, мм	18,9 (16,5; 20,6)	19,0 (16,6; 21,0)	0,49
Товщина передньої стінки правого шлуночка, мм	4,4 (4,0; 5,0)	4,3 (4,0; 4,6)	0,41
Фракція викиду правого шлуночка, %	46 (41; 51)	47 (42; 53)	0,56
Систолічний тиск в легеневій артерії	41 (35; 56)	40 (36; 47)	0,68
E, см/с	50 (47; 62)	56 (54; 56)	0,003
A, см/с	54 (50; 65)	52 (45; 58)	0,21
E/A	0,92 (0,84; 1,13)	1,05 (0,90; 1,20)	0,003
DT, мс	200 (180; 230)	210 (190; 230)	0,14
IVRT, мс	91 (85; 114)	95 (78; 100)	0,18

Примітки: Дані кількісних показників представлені як Med (per25; per75) - медіана і міжквартильний розмах (25 і 75 персантілі); Порівняння медіан кількісних показників - за критерієм U Манна-Уїтні.

Серед хворих 2 групи достовірно більше було пацієнтів з ознаками порушення ремоделювання правого шлуночка зумовлені перевантаженням об'ємом, а саме 40 (56,4%). Порушення ремоделювання правого шлуночка зумовлені перевантаженням тиском виявлялися у 6 (19,4%) хворих 1 групи та 7 (10,7%) - 2 групи.

При оцінці спектральних показників варіабельності серцевого ритму відмічається значний зсув за рахунок гіперактивності симпатичної регуляції в хворих 1 групи (LF/HF=3,8, p=0,02). В активний період в цій групі суттєве значення має поря, із зменшенням варіабельності серцевого ритму, зменшенням впливу парасимпатичної та збільшення впливу симпатичної ланки вегетативної нервової регуляції, зростання впливу гуморальної регуляції (VLF=1139±786). Отже, у хворих на ХОЗЛ з пароксизмами ФП мають місце суттєві порушення регуляції, переважно з активністю симпатичної нервової системи, що відіграють суттєву роль у формуванні порушень ритму.

Список літератури

Бондаренко І.А. Варіабельність серцевого ритма і функція зовнішнього дихання у пацієнтів хронічними обструктивними захворюваннями легких /І.А.Бондаренко, Н.І.Яблучанський //Вісн. Харківського нац. ун-ту.- 2004.- №639.- С.43-46.
 Карпов Р.С. Сердце-легкие: патогенез, клиника, функциональная диагностика и лечение сочетанных форм ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких /Р.С.Карпов, В.А.Дудко, С.Н.Кляшев.- Томск: СТТ., 2004.- 606с.
 Коваленко В.М. Виконання Державної

програми боротьби з гіпертензією в Україні /В.М.Коваленко //Укр. кардіол. журнал.- 2010.- №12.- С.4-9.
 Потабашний В.А. Особливості структурно-функціонального стану лівого шлуночка при ХСН зі збереженою і зниженою ФВ ЛШ у пацієнтів з ІХС у поєднанні з ХОЗЛ /В.А.Потабашний: Матер. XI Нац. конгресу кардіологів України //Укр. кардіол. журнал.- 2010.- Дод.2.- С.149.
 Yawn B.P. Co-morbidities in people with COPD: a result of multiple diseases, or multiple manifestations of smoking and reactive inflammation?[Elektronik

resource] /B.P.Yawn, A.Kaplan // Primary Care Respiratory J.- 2008.- Vol.17(4).- P.199-204 <http://www.thepcrj.org>
 Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Saskatchewan Canada cardiovascular disease in COPD patients / S.M.Curkendall, C.Deluisse, J.K.Jones [et al.] //Ann. Epidemiol.- 2006.- Vol.16.- P.63-70.
 Carverley P.M.A. Cardiovascular event in patients with COPD: TORCH Study results /P.M.A.Carverley //Thorax.- 2010.- №65.- P.719-725.

Распутіна Л. В.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Резюме. Целью работы было установить распространенность ФП у пациентов с ХОЗЛ, изучить основные клинико-функциональные предикторы формирования ФП, сравнить данные инструментальных методов обследования у пациентов с диагностированной ФП и без нарушения ритма. За данными суточного мониторирования ЭКГ выявлено, что у больных с ХОЗЛ пароксизмы ФП диагностированы у 32 (30,2%) пациентов. У больных с ХОЗЛ, которые имеют пароксизмы ФП установлены симптомы концентрического ремоделирования левого желудочка у 15 (46,3%) больных и эксцентрическую гипертрофию левого желудочка - у 8 (24%) ($p=0,05$), значимые признаки гипертрофии правого желудочка, увеличение толщины передней стенки правого желудочка. Таким образом, предикторами возникновения ФП у пациентов с ХОЗЛ есть ряд структурно-функциональных показателей: эксцентрическое и концентрическое ремоделирование левого желудочка, ремоделирование правого желудочка обусловленные перегрузкой как объемом, так и давлением, легочная гипертензия, диастолическая дисфункция правого желудочка.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, фибрилляция предсердий, предикторы.

Rasputina L. V.

CLINICAL AND INSTRUMENTAL PREDICTORS ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Summary. The aim was to establish the prevalence of AF in patients with COPD, learn basic clinical and functional predictors of AF formation, compare data instrumental methods of examination in patients diagnosed with AF and without breaking the rhythm. Materials and Methods. 108 patients, diagnosed with COPD, the average age of the surveyed ($64,5 \pm 1,2$) years, among them 68 were men (63,0%), mean age ($66,2 \pm 2,8$) years, there were 40 women (37,0%), mean age ($57,08 \pm 4,2$) years. Results: data for daily ECG monitoring revealed that patients with COPD diagnosed AF paroxysms in 32 (30,2%) patients. In patients with COPD, which are symptoms of AF paroxysms set of concentric left ventricular remodeling in 15 (46,3%) patients and eccentric left ventricular hypertrophy - in 8 (24%) ($p = 0,05$), significant signs hypertrophy right ventricle increasing the thickness of the anterior wall of the right ventricle. Conclusions: The predictors of AF in patients with COPD have a number of structural and functional: the eccentric and concentric remodeling of the left ventricle, right ventricle remodeling due to overloading of both volume and pressure, pulmonary hypertension, right ventricular diastolic dysfunction.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, atrial fibrillation, predictors.

Стаття надійшла до редакції 06.05.2014 р.

Распутіна Леся Вікторівна - д. мед. н., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 0432 57-08-13

© Чечуга С.Б., Сілін Г.А.

УДК: 618.13:616.14-007.64-08-07:618.718.19

Чечуга С.Б., Сілін Г.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

АНАЛІЗ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ОВАРІКОВАРІКОЦЕЛЕ

Резюме. В роботі надані результати дослідження вмісту ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактину, кортизолу, тестостерону, ДЕАС-сульфату, естрадіолу та прогестерону в сироватці крові жінок репродуктивного віку, котрі страждали на оваріокаріоцеле. Рівень гормонів визначали в динаміці менструального циклу: ранню фолікулінову, перiovуляторну та лютеїнові фази.

Ключові слова: оваріокаріоцеле, варикозне розширення яєчникової вени, статеві гормони.

Вступ

Хронічний тазовий біль є поширеною гінекологічною проблемою і за деякими джерелами сягає 10% візитів до гінеколога. Оваріокаріоцеле знаходять у половині випадків жінок з хронічним тазовим болем [Park et al., 2004]. Попри те, що тубооваріальне варіоцеле описав Richet M.A. ще в 1857 році, обізнаність сучасних клініцистів щодо природи цього захворювання залишається на низькому рівні. На варикозне розширення вен яєчників, що виявляють під час ультразвукового дослідження, як правило, лікарі-діагности не звертають увагу, трактують це як вторинні зміни при пато-

логії статевої сфери [Гус и др., 2011].

Щоб зрозуміти механізм розвитку варикозного розширення вен яєчника, треба прийняти до уваги, що анатомічні та фізіологічні особливості тазової гемодинаміки створюють передумови для розвитку не тільки застою (фізіологічний стаз), а й часткового зворотного струму (транзиторна регургітація). Завдяки резервуарній можливості гроноподібного сплетіння яєчника відбувається депонування значної кількості крові, що призводить до флебогіпертензії та венозного повнокров'я в яєчнику [Langeron, 2005].