

УДК 618.14–008:616.839–053.86

КОРНИЕНКО С.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

## ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**РЕЗЮМЕ.** Цель исследования: выявить признаки вегетативных нарушений, а также исследовать их связь с клинико-анамнестическими данными, психологическим профилем и качеством жизни женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с патологией эндометрия (ПЭ).

**Материал и методы.** Изучены клинико-анамнестические особенности, вегетативный профиль, психологический статус и качество жизни 325 женщин 35-55 лет с патологией эндометрия.

**Результаты.** Согласно результатам тестирования по опроснику А.М. Вейна у 74,5 % пациенток выявлена выраженная вегетативная дисфункция. Установлено, что наличие вегетативных нарушений ассоциируется с повышенной невротичностью пациенток, снижением оценок по всем шкалам опросника здоровья SF-36 и повышенной частотой рецидивов патологии эндометрия. Вегетативные нарушения, манифестирующие на фоне заболеваний эндометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста, являются дополнительным критерием тяжести патологического процесса и снижения качества жизни, что свидетельствует о необходимости введения в алгоритм обследования этих пациенток оценки вегетативного статуса и возможного назначения препаратов, нормализующих состояние вегетативной нервной системы.

**Вывод.** Следует изучать состояние вегетативного профиля при обследовании женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с заболеваниями эндометрия и, при необходимости, проводить коррекцию психо-вегетативного статуса и превентивную терапию сомато-вегетативных нарушений.

**Ключевые слова:** патология эндометрия, поздний репродуктивный и перименопаузальный возраст, вегетативные нарушения, опросник Вейна.

Заболевания эндометрия являются распространенной гинекологической патологией, частота которой значительно увеличивается к периоду перименопаузы [11, 16]. Этот возрастной период связан также с высоким процентом перехода начальных вегетативных изменений и нарушений, наблюдаемых в молодом возрасте, в более тяжелые состояния [1, 3, 8, 14].

Вегетативная дисфункция (ВД) в большинстве случаев не является самостоятельной нозологической формой, но по данным эпидемиологических исследований, до 80 % популяции, начиная с пубертатного возраста, чувствуют те или другие вегетативные нарушения [3, 7, 10, 17].

Причиной ВД являются психические нарушения тревожного или тревожно-депрессивного характера, как правило, невротического, связанного со стрессом генеза, реже эти нарушения индуцированы эндо-

генными заболеваниями [2, 4, 5, 8-10, 17]. Известно, что тревога и депрессия в своей клинической картине, наряду с психическими симптомами, имеют соматические или вегетативные нарушения [4, 5, 17]. В основе развития соматизации тревожно-депрессивных расстройств лежит процесс перехода эмоциональных переживаний через сложную систему вегетативных сдвигов в соматические симптомы [2, 8, 13, 15].

Основой патогенеза ВД является нарушение интегративной деятельности надсегментарных вегетативных структур (лимбико-ретикулярного комплекса), в результате которой развивается дезинтеграция вегетативных, эмоциональных, сенсомоторных, эндокринно-висцеральных соотношений, а также цикла сон-бодрствование [3, 10].

Обладая различной модальностью, вегетативные расстройства оказываются вовлеченными в патогенез многих заболева-

ний, что обусловлено универсальным участием вегетативной нервной системы (ВНС) в процессах адаптации как регулятора гомеостаза и гомеокинеза [3, 8, 10, 14]. В связи с этим, крайне важным является применение простых неинвазивных тестов, позволяющих количественно оценить функциональное состояние ВНС в клинических условиях. Анализ особенностей субъективных и объективных соматических или вегетативных проявлений помогает предположить их психосоматический или психовегетативный характер [1, 3, 5, 7, 13, 17] и оптимизировать комплексную терапию практически любой патологии [1, 4, 6, 7, 13, 17].

**Цель исследования:** выявить признаки вегетативных нарушений, а также исследовать их связь с клинико-анамнестическими данными, психологическим профилем и качеством жизни женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с патологией эндометрия (ПЭ).

## Материал и методы

Нами обследованы 325 пациенток в возрасте 35-55 лет с различными клиническими формами ПЭ (группа ПЭ) и 30 относительно здоровых женщин в возрасте 35-50 лет (контрольная группа). Возрастная медиана в группе ПЭ составила 40 (37-45), в контроле – 38 (36,75-42,75) лет,  $p > 0,05$ . Полип эндометрия, гиперплазия эндометрия, хронический эндометрит, синехии и аденоматоз отмечались соответственно у 59,1; 30,5; 34,8; 6,2 и 2,2 % женщин с ПЭ.

Для диагностики ВД использовали балльный опросник А.М. Вейна (1998). Выраженный синдром ВД (сумма баллов более 15) был выявлен у 242 женщин группы ПЭ. Эти пациентки составили основную когорту (группа ПЭ с ВД), в референтную когорту вошли остальные 83 женщины (группа ПЭ без ВД).

Для изучения качества жизни использовали опросник здоровья SF-36. Вопросы теста SF-36, оценивающего субъективную удовлетворенность физическим и психическим состоянием, группируются в 8 шкал: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная актив-

ность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и психическое здоровье. Оценки каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Профиль личности оценивали у 176 женщин группы ПЭ при помощи теста FPI, предназначенного для диагностики психических состояний и свойств личности, влияющих на процесс ее социальной адаптации и регуляции поведения.

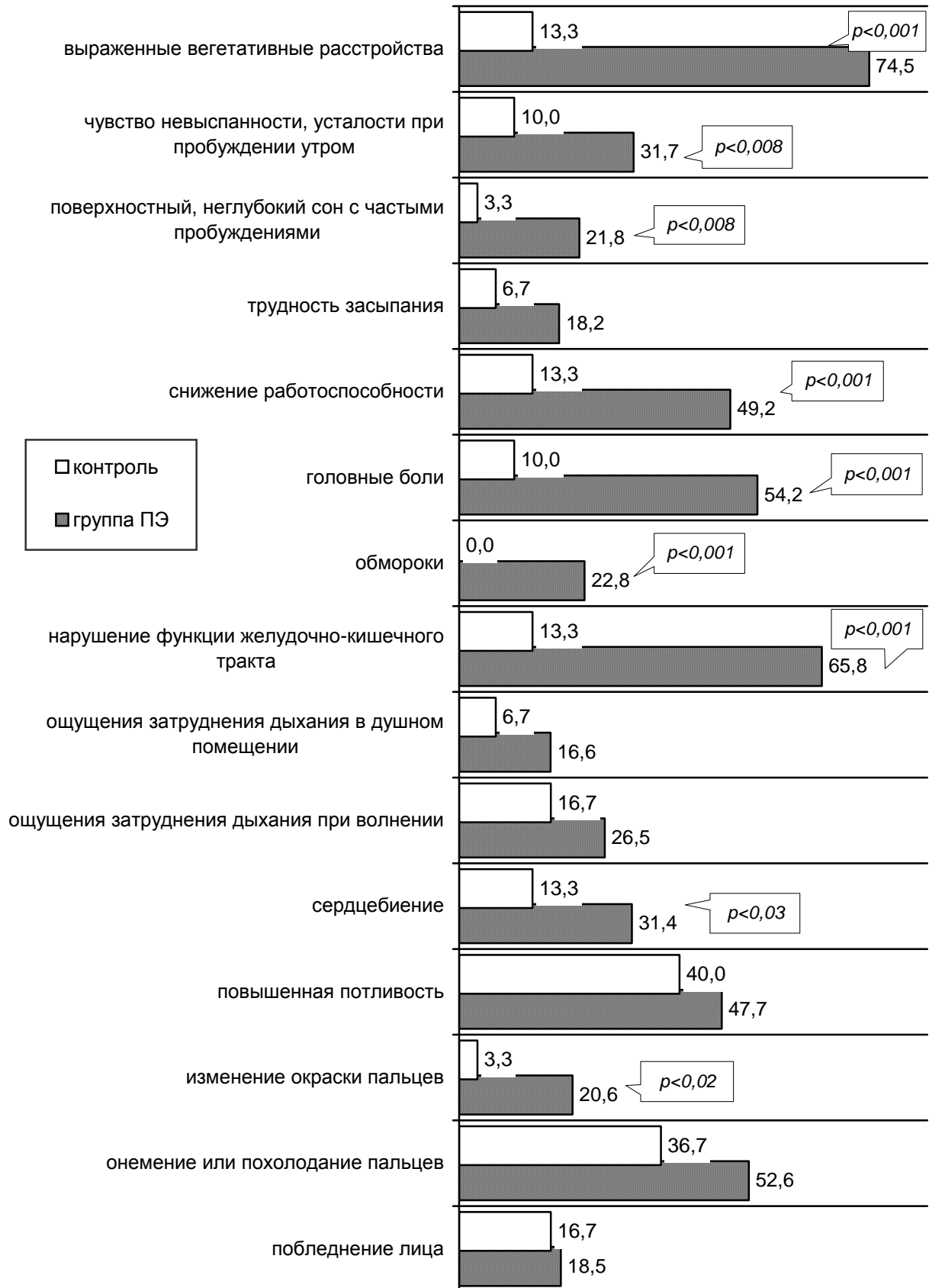
Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики (медиана, межквартильный размах), рангового критерия Манна-Уитни,  $\chi^2$ -критерия, точного критерия Фишера и ранговой корреляции Спирмена.

## Результаты и их обсуждение

Согласно результатам тестирования по опроснику А.М. Вейна, оценки в контрольной группе колебались от 4 до 31, в группе ПЭ – от 3 до 60 баллов, а медиана равнялась 11 (7,75-14) и 27 (15-39) баллов соответственно,  $p < 0,001$ . Выраженная ВД была выявлена у 74,5 % женщин с ПЭ и у 13,3 % условно здоровых женщин,  $p < 0,001$  (рис. 1). Отношение шансов (ОШ) составило 19,0.

В структуре вегетативных нарушений контрольной группы доминировали повышенная потливость и онемение/похолодание пальцев, группы ПЭ – нарушение функции желудочно-кишечного тракта и головные боли.

В группе ПЭ значимо чаще отмечались такие симптомы как обморок (в контроле не зарегистрировано ни одного случая, в группе ПЭ отмечены у каждой 4-5-ой женщины,  $p < 0,001$ ), нарушение функции желудочно-кишечного тракта (ОШ=12,5,  $p < 0,001$ ), головные боли (ОШ=10,6,  $p < 0,001$ ), изменение окраски пальцев (ОШ=7,5,  $p < 0,02$ ), снижение работоспособности (ОШ=6,3,  $p < 0,001$ ), сердцебиение (ОШ=3,0,  $p < 0,03$ ), поверхностный, неглубокий сон (ОШ=8,1,  $p < 0,008$ ), чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром (ОШ=4,2,  $p < 0,008$ ). В целом, разнообразными нарушениями сна страдали 16,7 % здоровых женщин и 58,5 % женщин с ПЭ (ОШ=7,0,  $p < 0,001$ ).



Примечание. Для вычисления значимости отличия использовали  $\chi^2$ -критерий и точный критерий Фишера.

**Рис. 1. Частота симптомов ВД в группах исследования, %**

Когортное исследование показало, что показатели менструальной функции между группами ПЭ с ВД и ПЭ без ВД практически не различались. Так, медианное значение возраста менархе в обеих группах составило 13 (12-14) лет,  $p > 0,05$ . Раннее менархе наблюдалось у 8,3 % пациенток группы ПЭ с ВД и 12,0 % группы ПЭ без ВД ( $p > 0,05$ ), позднее – у 13,2 и 8,4 % соответственно ( $p > 0,05$ ). Обильные месячные отмечались у 51,7 % пациенток группы ПЭ с ВД и 56,6 % группы ПЭ без ВД ( $p > 0,05$ ), болезненные – у 41,7 и 36,1 % соответственно ( $p > 0,05$ ). Задержки месячных имелись у 9,1 % женщин группы ПЭ с ВД и 7,2 % группы ПЭ без ВД,  $p > 0,05$ . В целом, нарушения МЦ в группе ПЭ с ВД были отмечены у 36,0 %, в группе ПЭ без ВД – у 34,9 % пациенток,  $p > 0,05$  (табл. 1).

Не было обнаружено статистически значимого различия между основной и референтной когортой и в отношении частоты бесплодия, полипов эндометрия, гиперплазии эндометрия, аднексита, эктопии и дисплазии шейки матки, а также патологии молочной железы (табл. 1). При этом, значимо чаще анамнез пациенток группы ПЭ с ВД отягощали миома матки (ОШ = 2,8,  $p < 0,001$ ), кисты яичников (ОШ = 3,7,  $p < 0,003$ ) и эндометриоз (ОШ = 7,4,  $p < 0,001$ ). Синдром поликистозных яичников был диагностирован только в группе ПЭ с ВД (5,0 % против 0,0%,  $p < 0,03$ ). Операции на гениталиях чаще выполнялись женщинам группы ПЭ с ВД (ОШ = 2,1,  $p < 0,004$ ), в том числе и на матке (ОШ = 1,8,  $p < 0,02$ ).

Медианное значение количества беременностей в группе ПЭ с ВД составило 2 (1-4), в группе ПЭ без ВД – 2 (1-3),  $p > 0,05$ ; аборт соответственно 1 (0-2) и 1 (0-2),  $p > 0,05$ ; родов – 1 (0-2) и 1 (0-1),  $p > 0,05$ . Не имели беременностей 14,0 % женщин группы ПЭ с ВД и 21,7 % группы ПЭ без ВД ( $p > 0,05$ ). Самопроизвольное прерывание беременности наблюдалось соответственно у 18,2 и 10,8 % пациенток ( $p > 0,05$ ), внематочная беременность – у 7,0 и 7,2 % ( $p > 0,05$ ).

На фоне ВД у пациенток с ПЭ значимо чаще отмечалась сопутствующая соматическая патология: 59,9 против 43,4 %,  $p < 0,007$  (табл. 1). Отношение шансов ВД в случае заболеваний нервной системы равнялось 3,9 ( $p < 0,002$ ); дыхательной системы

– 2,2 ( $p < 0,003$ ); печени – 2,5 ( $p < 0,008$ ), в целом пищеварительной системы – 2,2 ( $p < 0,006$ ); щитовидной железы – 2,2 ( $p < 0,05$ ); тонзиллита – 2,7 ( $p < 0,05$ ); аллергии – 2,3 ( $p < 0,03$ ). При этом, частота вегетососудистой дистонии в анамнезе пациенток группы ПЭ с ВД совсем незначительно превышал показатель группы ПЭ без ВД – всего на 4,3 % ( $p > 0,05$ ).

Согласно результатам тестирования по опроснику FPI (табл. 2), личностный профиль пациенток с ВД характеризовали высокие уровни невротичности, депрессивности, раздражительности и открытости. Все это консолидировано отразилось на показателе эмоциональной лабильности: шанс ВД при высокой оценке по этой шале составляет 2,6 ( $p < 0,05$ ). Посредством корреляционного анализа Спирмена мы выявили ряд личностных коррелятов балльной оценки ВД. Приводим их в порядке убывания значимых коэффициентов корреляции: невротичность ( $r = 0,60$ ,  $p < 0,001$ ), раздражительность ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,001$ ), депрессивность ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,001$ ), открытость ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,001$ ), эмоциональная лабильность ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,001$ ), застенчивость ( $r = 0,22$ ,  $p < 0,001$ ).

Как следует из результатов, полученных при анализе интегральных шкал опросника SF-36 (табл. 3), пациентки с ВД по сравнению с женщинами без ВД значимо ниже оценивали и психологический, и физический компонент здоровья ( $p < 0,001$ ). Наиболее сниженными оказались оценки субсферы эмоционального функционирования (на 33,3 %,  $p < 0,004$ ), свидетельствующее о том, что женщины с ВД в своей повседневной деятельности испытывали значительные ограничения вследствие ухудшения эмоционального состояния. Свою жизненную активность пациентки группы ПЭ с ВД оценили на 15,0 % ( $p < 0,001$ ), социальное функционирование – на 12,5 % ( $p < 0,001$ ), психическое здоровье – на 12,0 % ( $p < 0,001$ ) ниже, чем женщины без ВД. Из шкал, формирующих физический компонент здоровья, более других были снижены оценки шкале боли (на 26,0 %,  $p < 0,001$ ) и ролевого (физического) функционирования (на 25,0 %,  $p < 0,001$ ), т.е. повседневная деятельность была значительно ограничена болью и физическим состоянием пациенток с ВД.

Таблиця 1. Заболевания в анамнезе пациенток с ПЭ в зависимости от наличия ВД, n (P %)

Показатель	Группа ПЭ с ВД, n=242	Группа ПЭ без ВД n=83
НМЦ	87 (36 %)	29 (34,9 %)
Бесплодие	85 (35,1 %)	28 (33,7 %)
Полип эндометрия	86 (35,5 %)	28 (33,7 %)
Гиперплазия эндометрия	40 (16,5 %)	11 (13,3 %)
Эктопия ШМ	112 (46,3 %)	40 (48,2 %)
Дисплазия ШМ	11 (4,5 %)	3 (3,6 %)
Миома матки	93 (38,4 %) ***	15 (18,1 %)
Киста яичника	46 (19 %) **	5 (6 %)
Синдром поликистозных яичников	12 (5 %) *	0 (0 %)
Аднексит	113 (46,7 %)	35 (42,2 %)
Эндометриоз	37 (15,3 %) ***	2 (2,4 %)
Генитальные операции,	154 (63,6 %) **	38 (45,8 %)
– в том числе операции на матке	127 (52,5 %) *	32 (38,6 %)
Патология молочной железы	34 (14 %)	5 (6 %)
Заболевания дыхательной системы	130 (53,7 %) **	29 (34,9 %)
Патология пищеварительного тракта,	80 (33,1 %) **	15 (18,1 %)
– в том числе заболевания печени	61 (25,2 %) **	10 (12 %)
Патология щитовидной железы	36 (14,9 %) *	6 (7,2 %)
Заболевания нервной системы	48 (19,8 %) **	5 (6 %)
Ожирение I-II степени	24 (9,9 %)	3 (3,6 %)
Ожирение III-IV степени	26 (10,7 %)	4 (4,8 %)
Вегето-сосудистая дистония	28 (11,6 %)	6 (7,2 %)
Тонзиллит	29 (12 %) *	4 (4,8 %)
Заболевания сердца	22 (9,1 %) *	2 (2,4 %)
Железодефицитная анемия	15 (6,2 %)	4 (4,8 %)
Гипертоническая болезнь	13 (5,4 %)	4 (4,8 %)
Патология почек	10 (4,1 %)	5 (6 %)
Варикозная болезнь	8 (3,3 %)	2 (2,4 %)
Черепно-мозговая травма	6 (2,5 %)	3 (3,6 %)
Аллергические реакции	48 (19,8 %) *	8 (9,6 %)
Экстрагенитальные операции	85 (35,1 %)	27 (32,5 %)

Примечание. \*, \*\*, \*\*\* – значимое отличие от референтной группы (использовали  $\chi^2$ -критерий и точный критерий Фишера), соответственно  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  и  $p < 0,001$ .

Таблица 2. Профиль личности пациенток с ПЭ в зависимости от наличия ВД, n (P %)

Шкала опросника FPI	Группа ПЭ с ВД, n=136	Группа ПЭ без ВД n=40
Высокая невротичность	70 (51,5 %) ***	6 (15,0 %)
Высокая спонтанная агрессивность	10 (7,4 %)	0 (0,0 %)
Низкая депрессивность	28 (20,6 %) ***	20 (50,0 %)
Низкая раздражительность	36 (26,5 %) ***	24 (60,0 %)
Высокая общительность	31 (22,8 %)	11 (27,5 %)
Низкая уравновешенность	69 (50,7 %)	18 (45 %)
Низкая реактивная агрессивность	61 (44,9 %)	20 (50 %)
Высокая застенчивость	62 (45,6 %)	12 (30 %)
Высокая открытость	50 (36,8 %) **	6 (15,0 %)
Низкая экстраверсия	66 (48,5 %)	24 (60 %)
Высокая эмоциональная лабильность	43 (31,6 %) *	6 (15,0 %)
Низкий маскулинизм	88 (64,7 %)	26 (65 %)

Примечание. \*, \*\*, \*\*\* – значимое отличие от референтной группы (использовали  $\chi^2$ -критерий и точный критерий Фишера), соответственно  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  и  $p < 0,001$ .

Таблица 3. Оценка качества жизни пациенток с ПЭ в зависимости от наличия ВД, Me (Q1-Q3) %

Шкала опросника SF-36	Группа ПЭ с ВД, n=242	Группа ПЭ без ВД n=83
Физическое функционирование	85 (80-95) *	95 (80-95)
Ролевое функционирование	75 (50-100) ***	100 (75-100)
Боль	74 (51-100) ***	100 (84-100)
Общее здоровье	60 (50-72) *	67 (57-75)
Жизнеспособность	55 (40-70) ***	70 (60-80)
Социальное функционирование	75 (62,5-87,5) ***	87,5 (75-100)
Эмоциональное функционирование	66,67 (33,33-100) **	100 (66,67-100)
Психическое здоровье	56 (44-68) ***	68 (52-80)
Физический компонент здоровья	74,5 (62,25-83,56) ***	86,25 (74,75-91,25)
Психологический компонент здоровья	63,71 (51,31-76,38) ***	76,38 (64,67-83,75)

Примечание. \*, \*\*, \*\*\* – значимое отличие от референтной группы (использовали ранговый критерий Манна-Уитни), соответственно  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  и  $p < 0,001$ .

К числу статистически значимых взаимосвязей балльной оценки ВД следует также причислить корреляции по шкалам опросника SF-36: боль ( $\rho = -0,43$ ,  $p < 0,001$ ); физический ( $\rho = -0,37$ ,  $p < 0,001$ ) и психологический ( $\rho = -0,37$ ,  $p < 0,001$ ) компоненты здоровья; жизненная активность ( $\rho = -0,34$ ,  $p < 0,001$ ); социальное ( $\rho =$

$-0,29$ ,  $p < 0,001$ ), физическое ( $\rho = -0,28$ ,  $p < 0,001$ ) и эмоциональное ( $\rho = -0,24$ ,  $p < 0,001$ ) функционирование; общее здоровье ( $\rho = -0,16$ ,  $p < 0,004$ ).

Всем пациенткам с ПЭ была произведена гистероскопия. Полипы эндометрия были диагностированы у 58,7 % пациенток с ВД и 60,2 % группы без ВД

( $p > 0,05$ ), гиперплазия эндометрия – у 33,5 и 21,7 % ( $p < 0,03$ ), аденомиоз – у 21,9 и 3,6 % ( $p < 0,001$ ), субмукозная миома матки – у 12,4 и 2,4 % ( $p < 0,004$ ), хронический эндометрит – у 42,6 и 12,0 % ( $p < 0,001$ ), синехии – у 8,3 и 0,0 % ( $p < 0,003$ ), аденоматоз – у 2,5 и 1,2 % ( $p > 0,05$ ) соответственно.

Изучение отдаленных результатов лечения заболеваний эндометрия показало, что частота рецидивов ПЭ у пациенток с ВД намного превосходила таковую у пациенток без ВД: 30,6 против 16,9 % (ОШ = 7,4,  $p < 0,01$ ).

Обобщая полученные результаты, прежде всего, следует отметить очень высокие баллы по опроснику Вейна в группе ПЭ – у  $\frac{3}{4}$  пациенток они были выше нормы, а у каждой второй – превышали 27 баллов, хотя в группе был представлен практически весь диапазон состояний вегетативного профиля: от 3 до 60 баллов при возможных результатах от 0 до 60. Показательно, что восемь из девяти женщин с выраженной ВД не обращались за медицинской помощью в связи с патологией вегетативной системы.

Ведущими симптомами в структуре ВД женщин с ПЭ были функциональные расстройства гастроинтестинальной, неврологической и гипногической систем, в то время как у относительно здоровых женщин чаще всего отмечались терморегуляторные нарушения. Свыше половины пациенток с ПЭ, страдающими диспептическими/ дискинетическими нарушениями органов пищеварения, не имели признаков органической патологии желудочно-кишечного тракта. Абдоминалгии у этих женщин усиливались после эмоционального перенапряжения и не были связаны с приемом пищи. Частые головные боли и инсомнии у женщин с ПЭ, свидетельствующие о неполноценности функций церебральных регуляторных механизмов, также тесно ассоциировались с психоэмоциональными перегрузками.

Результаты нашего когортного исследования показали, что на фоне ПЭ имеется широкий спектр эндогенных факторов риска ВД, как гинекологических (миома матки, кисты яичника и эндометриоз), так и экстрагенитальных (заболевания дыхательной, гепатобилиар-

ной, нервной систем, аллергии, патология щитовидной железы, тонзиллит, кардиальная патология). Из числа этих факторов наиболее высокое отношение шансов ВД имел эндометриоз. В связи с этим, уместно привести результаты исследования Миловидовой С.Г. [9], выявившей у женщин с аденомиозом ВД в виде недостаточной активации симпатико-адреналовой системы и сниженной реактивности парасимпатического отдела ВНС, и Радецкой Л.Е. [12], доказавшей, что к развитию эндометриоза предрасполагают низкий порог устойчивости к эмоциональному стрессу и нейротизм. Эти выводы перекликаются с нашими результатами анализа социо-психологических данных, показавший, что в процесс вегетативной дизрегуляции женщин с ПЭ были вовлечены личностные факторы.

Профиль шкал FPI женщин с ВД (невротичность, раздражительность, депрессивность, открытость, эмоциональная лабильность, застенчивость) свидетельствовали о низком уровне адаптации к социальному окружению, тревожности, уязвимости личности с приступами смущения и снижении контроля над эмоциями с тенденцией к подавлению поведенческого отреагирования эмоционального напряжения. Выраженность ВД имела самую тесную зависимость от степени невротичности пациенток с ПЭ, а невротичные личности более других склонны к развитию генерализованного тревожного расстройства и соматоформному реагированию на психологические проблемы [4, 5, 8].

Недооценка тяжести эмоционального состояния пациенток вследствие нечеткости границ между психогенными и соматогенными воздействиями может привести к длительному хроническому течению соматоформных расстройств, так как психические симптомы часто скрываются за «фасадом» массивной ВД, игнорируются больным и окружающими его лицами [2, 4, 15]. Умение врача увидеть у пациента, помимо ВД, психопатологические симптомы зачастую оказывается решающим для правильной диагностики и адекватного лечения. Согласно Брябриной Т.В. [2], пациенты с ВД и невротическими расстройствами представ-

ляют собой пример клинических групп с одинаково начальным уровнем пограничной психической патологии: вегетативный синдром, с одной стороны изменяет личность больного, с другой – само течение и исход болезни в значительной степени зависят от характерологических особенностей личности.

Возможно, именно этот «порочный круг» в значительной степени обусловил относительно невысокую эффективность лечения заболеваний эндометрия в группе с ВД, частота рецидивов ПЭ в которой почти вдвое превосходила показатель референтной группы, и более выраженное снижение качества жизни.

Действительно, согласно полученным нами данным, у пациенток с ВД более всего было снижено ролевое функционирование из-за эмоциональных проблем. При этом, в данной выборке наряду с психической астенизацией наблюдалась и более выраженная физическая истощаемость, что не могло не отразиться на перспективах лечения патологических процессов эндометрия.

Таким образом, вегетативные нарушения, манифестирующие на фоне заболеваний эндометрия у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста, являются дополнительным критерием тяжести патологического процесса и снижения качества жизни, что свидетельствует о необходимости введения в алгоритм обследования этих пациенток оценки вегетативного статуса и возможного назначения препаратов, нормализующих состояние ВНС.

## Выводы

1. Патологические изменения эндометрия у  $\frac{3}{4}$  женщин сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами, в основном – дисфункцией желудочно-кишечного тракта, расстройствами сна и головные болями.

2. Степень невротичности пациенток с патологией эндометрия прямо пропорциональна выраженности вегетативной дисфункции.

3. Вегетативные нарушения негативно отражаются на качестве жизни пациентки с патологией эндометрия, значительно огра-

ничивая ее физическое, социальное и психологическое функционирование.

4. Коморбидность патологии эндометрия с вегетативной дисфункцией отягощает прогноз лечения заболеваний эндометрия.

5. Алгоритм обследования пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с заболеваниями эндометрия должен включать активное выявление полисистемных вегетативных нарушений.

6. Комплексная терапия пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с патологией эндометрия должна предусматривать нормализацию деятельности ВНС и превентивную терапию сомато-вегетативных нарушений: предотвращение стрессорных повреждений желудка, восстановление циклов сон-бодрствование, повышение уровня социальной адаптации.

## Список литературы

1. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е.С. Акарачкова // *Лечащий врач.* – 2010. – № 10. – С. 5-8.
2. Брябрина Т. В. Невротические расстройства у лиц с соматоформной вегетативной дисфункцией / Т. В. Брябрина // *Вестн. ЮУрГУ. Серия: Психология.* – 2010. – № 9. – С. 18-22.
3. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / А.М. Вейн. – М.: МИА, 2003. – 752 с.
4. Воробьева О. В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой (вопросы диагностики и терапии) / О. В. Воробьева // *Рус. мед. журн.* – 2006. – № 23. – С. 1696-1699.
5. Зиньковский А.К. Личностные особенности и психовегетативный статус пациентов с паническим и генерализованным тревожным расстройством / А.К. Зиньковский, И.Е. Юров // *Соц. и клинич. психиатрия.* – 2001. – № 2. – С. 44-47.
6. Котова О.В. Возможности лечения психовегетативного синдрома / О.В. Котова // *Трудный пациент* – 2011. – № 12, Т. 9. – С. 24-27.
7. Котова О.В. Пациент с психовегетативным синдромом: помогает врач общей практики / О.В. Котова, Л.Н. Максимова // *Фарматека.* – 2012. – № 19. – С. 36-40.
8. Маховская Т.Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы в структуре пограничных психических расстройств (клинико-эпидемиологическое исследование) / Т.Г. Маховская // *Российский психиатрический журнал.* – 2004. – №3. – С. 19-22.
9. Миловидова С.Г. Психовегетативные нарушения у женщин репродуктивного возраста при аденомиозе / С.Г. Миловидова, Р.Н. Кильдебекова // *Мат. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы внутренних болезней: традиционные и психосоматические подходы».* – Челябинск, 2007. – № 2 – С. 205-207.



10. Морозова О.Г. Вегетативные дисфункции в общесоматической практике / О.Г. Морозова // *Здоровье Украины*. – 2008. – № 3. – С. 51-52.
11. Национальное руководство. Гинекология/ под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГОЭТАР-Медиа. – 2007. – 1063 с.
12. Радецкая Л.Е. Психологические и вегетативные особенности женщин, больных эндометриозом / Л.Е. Радецкая // *Медлайн Экспресс*. – 2008. – № 1. – С. 126-129.
13. Ярошевский А.А. Вегетативная дисфункция и мышечно-скелетная боль: взаимосвязь и возможности немедикаментозной терапии / А.А. Ярошевский // *Международный неврологический журнал*. – 2010. – № 4. – С. 62-70.
14. Christopher J. M. *Autonomic diseases: management* / J. M. Christopher // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 74 (Suppl. III). – P. 44-47.
15. *Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care* / Fink P., Rosendal M., Olesen F. // *Aust. N.Z.J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 39 (9) – P. 772-781.
16. *Diagnosis and management of endometrial hyperplasia* / Armstrong A.J., Hurd W.W., Elguero S. [et al.] // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2012. – Vol. 19 (5). – P. 562-571.
17. *Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients* / Fink P., Toft T., Hansen M.S. // *Psychosom. Med.* – 2007. – Vol. 69 (1). – P. 30-32.

Отримано 03/02/2014

КОРНИЄНКО С. М.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

### ПАТОЛОГІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ МАТКИ НА ТЛІ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

**РЕЗЮМЕ. Мета дослідження:** виявити ознаки вегетативних порушень, а також дослідити їх зв'язок з клініко-анамнестичними даними, психологічним профілем і якістю життя жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку з патологією ендометрія (ПЕ).

**Матеріал і методи.** Вивчено клініко-анамнестичні особливості, вегетативний профіль, психологічний статус та якість життя 325 жінок 35-55 років з патологією слизової оболонки матки.

**Результати.** Згідно результатам тестування за опитувальником А.М. Вейна в 74,5% пацієнток виявлено виражену вегетативну дисфункцію. Встановлено, що наявність вегетативних порушень асоціюється з підвищеним нейротизмом пацієнток, зниженням оцінок за всіма шкалами анкети здоров'я SF-36 і підвищеною частотою рецидивів захворювання ендометрія. Вегетативні порушення, що маніфестують на тлі захворювань ендометрія у жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку, є додатковим критерієм тяжкості патологічного процесу і зниження якості життя, що свідчить про необхідність введення в алгоритм обстеження цих пацієнток оцінки вегетативного статусу та можливого призначення препаратів, що нормалізують стан вегетативної нервової системи.

**Висновок.** Необхідно вивчати стан вегетативного профілю при обстеженні жінок репродуктивного та пременопаузального віку із захворюваннями ендометрія та, в разі потреби, проводити корекцію психо-вегетативного стану та превентивну терапію сомато-вегетативних порушень.

**Ключові слова:** патологія ендометрію, пізній репродуктивний і пременопаузальний вік, вегетативні порушення, опитувальник Вейна.

KORNIENKO S.M.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

### ENDOMETRIAL PATHOLOGY BACKGROUND AUTONOMIC DYSFUNCTION IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL

**SUMMARY. Objective:** to identify signs of autonomic disorders, and explore their relationship with clinical and anamnestic data, psychological profile and quality of life of women and premenopausal late reproductive age with endometrial pathology (PE).

**Material and methods.** Studied clinical and anamnestic especially vegetative profile, psychological status and quality of life of 325 women 35 - 55 years with endometrial pathology.

**Results.** According to the test results on questionnaire AM Wayne in 74.5 % of patients revealed severe autonomic dysfunction. Found that the presence of autonomic disorders associated with increased neurotic patients, reduced estimates for all scales of the questionnaire SF- 36 health and an increased rate of recurrence of endometrial pathology. Autonomic disorders manifested by disease on the background of the endometrium in women of late reproductive and premenopausal, are additional criterion severity of the pathological process, and reduce the quality of life, suggesting the need to introduce in the algorithm of examination of these patients rated vegetative status and possible prescribing normalizing the autonomic nervous system.

**Conclusion.** Should examine the state of vegetative profile when examining women of late reproductive and premenopausal endometrial disease and, if necessary, to conduct correction of psycho-vegetative status and preventive therapy somatic- vegetative disorders.

**Keywords:** endometrial pathology, late reproductive and premenopausal, vegetative disorders, Wayne questionnaire.