

Вл. В. Подольський

ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОЯВІВ ПОРУШЕННЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
Національної академії медичних наук України», Київ, Україна

УДК 618.17-053.7/.84-037:616-006.363.03

Вл. В. Подольський

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, Украина

Приведены результаты прогнозирования проявлений нарушения вегетативного гомеостаза у женщин с лейомиомой матки, проанализирована клиническая характеристика у этих женщин. Выявлены важнейшие факторы возникновения этого заболевания и шансы развития изменений, вычислен относительный риск кардиалгий.

Ключевые слова: женщины фертильного возраста, лейомиома матки, прогнозирование, нарушения, вегетативный гомеостаз, шансы возникновения изменений, риск возникновения кардиалгий.

UDC 618.17-053.7/.84-037:616-006.363.03

Vi. V. Podolsky

PREDICTION OF MANIFESTATION OF AUTONOMIC HOMEOSTASIS VIOLATIONS AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF FERTILE AGED WOMEN, WHO HAD UTERINE LEIOMYOMA

SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Results of forecasting manifestation of autonomic homeostasis violations in fertile aged women, which had uterine leiomyoma are presented in the article. Clinical characteristics of these women and clarifications of the most important factors of the disease and the chances of changes were analyzed, and relative risk of cardialgia was calculated.

We have examined 360 women with violations of autonomic homeostasis (autonomic dysfunction syndrome (ADS), somatoform dysfunction of the autonomic nervous system (SDANS) of hypertonic, hypotonic and cardiac type) and changes in reproductive health (artificial abortion, infertility and uterine leiomyoma). All examined women were thus divided into 4 groups, depending on the changes of autonomic homeostasis: I group — women with such violations of autonomic homeostasis as the ADS (90 women), group II — women with SDANS clinically manifested as hypertensive type disorders (90 women), the third group — women with SDANS clinically manifested as hypotonic type disorders (90 women) and group IV — with SDANS clinically manifested as type cardiac disorders (90 women). In addition, each of these groups was divided into 3 subgroups depending on changes in reproductive health; in one subgroup were fertile aged women, that had an artificial abortion (30 women), the subgroup 2 were women of fertile age with infertility (30 women) and 3 subgroup were fertile aged women with (30 women).

Prediction of manifestations of autonomic homeostasis in women with uterine leiomyoma allowed to find out the chances of such changes and calculate the relative risk of cardialgia.

The study of clinical characteristics of fertile aged women with uterine leiomyoma, that had autonomic homeostasis violations allowed to find out the most important factors of this disease.

In women with uterine leiomyoma frequently encountered clinical manifestations of autonomic homeostasis violations that require attention of obstetricians and gynecologists, internists and family physicians.

Key words: fertile aged women, uterine leiomyoma, forecasting, violations, autonomic homeostasis, relative risk of cardialgia.

Вступ

Багато гінекологічних захворювань у жінок фертильного віку супроводжуються гіперпластичними процесами в ре-

продуктивних органах. Частіше гіперпластичні процеси в ендометрії виникають при лейомиомі матки, що має найбільший вплив на стан репродуктивного здоров'я жінок [1; 5; 6].

Лейомиома є однією з найчастіших доброякісних пухлинних захворювань матки. Симптоми лейомиоми матки клінічно проявляються у 20–30 % хворих на це захворювання жінок.



У більшості випадків (80 %) лейоміоматозні вузли потребують хірургічного лікування, їх видаляють з подальшим патогістологічним дослідженням. Симптоми даного захворювання, як правило, збільшуються з віком. У США міома матки є головною причиною гістеректомій у жінок віком від 40 років. Частота таких оперативних втручань становить 30 % усіх випадків лейоміоми матки. У мешканців кавказького регіону оперативні втручання з приводу лейоміоми матки становлять понад 50 %. У жінок чорної раси скоригований відносний ризик розвитку міоми матки в 3,25 разу вищий порівняно з частотою у білих жінок, що підтверджено великими проспективними когортними дослідженнями [4; 7].

Донедавна вважалося, що лейоміома — це найрозповсюдженіша доброякісна пухлина матки, яка характерна для жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку. Однак за останні 10-річчя спостерігається тенденція до появи цієї пухлини у жінок молодого віку — 25–35 років. Відомо, що лейоміома є гормонозалежною пухлиною матки. Частота цієї доброякісної пухлини, за даними різних авторів, становить від 15 до 35 % у структурі загальної захворюваності жінок після 35 років. Ця доброякісна пухлина є основним чинником підвищення кількості оперативних втручань у гінекології. Частота оперативних втручань при цій патології може сягати 50 % [3; 8].

Численні епідеміологічні дослідження доводять, що частота вегетативних порушень у популяції становить від 25 до 80 %, при цьому страждають переважно люди молодого віку. Так, наприклад, дослідження, проведені у Волинській області, дозволили з'ясувати поширеність вегетосудинної дистонії у 2010 р., яка дорівнювала майже 9000 випадків на 100 000 населення [2].

Зміни вегетативного гомеостазу можуть бути як проявами синдрому вегетативної дистонії, так і виявлятися при інших соматичних і гінекологічних захворюваннях, наприклад, при ішемічній хворобі серця, гіпертонічній хворобі, діабеті, різних фобіях та інших психічних захворюваннях, передменструальному синдромі, захворюваннях, у патогенезі яких є зміни балансу жіночих статевих гормонів. Основним проявом порушення вегетативного гомеостазу є соматоформна вегетативна дисфункція [5].

Клінічна картина соматоформної вегетативної дисфункції дозволяє погодитися з виділеними раніше формами прояву, такими як кардіальна, гіпертонічна та гіпотонічна (оскільки поняття нейроциркуляторна астенія повністю увійшло до нової назви) [6].

Мета роботи — провести прогнозування проявів порушення вегетативного гомеостазу та надати клінічну характеристику жінкам фертильного віку з лейоміомою матки.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 360 жінок із порушеннями вегетативного гомеостазу (синдром вегетативної дисфункції (СВД), соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (СДВНС) за гіпертонічним, гіпотонічним і кардіальним типом) та змінами репродуктивного здоров'я (артифіційний аборт, неплідність і лейоміома матки). Усі обстежені жінки були розподілені на чотири групи залежно від змін вегетативного гомеостазу: I група — жінки з порушеннями вегетативного гомеостазу у вигляді СВД (90 жінок), II група — жінки з порушеннями вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС, які за клінічними проявами мали гіпертонічний тип розладів (90 жінок), III група — жінки з порушеннями вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС,

які за клінічними проявами мали гіпотонічний тип розладів (90 жінок) та IV група — СДВНС за кардіальним типом порушень (90 жінок). Крім цього, кожна з перелічених груп була розділена на 3 підгрупи залежно від змін репродуктивного здоров'я, до 1-ї підгрупи входили жінки фертильного віку, що перенесли артифіційний аборт (30 жінок), до 2-ї підгрупи — жінки фертильного віку з безплідністю (30 жінок) і до 3-ї підгрупи — жінки фертильного віку з лейоміомою матки (30 жінок).

Стан вегетативної нервової системи визначався за допомогою шкали вегетативних симптомів за О. М. Вейном, результатами функціональних проб (ортостатична, кліностатична, проба Ашнера, соляний рефлекс Тома — Ру, шкірно-серцевий рефлекс) та комп'ютерної кардіоінтервалографії.

Ступінь впливу факторних ознак оцінювали за показником відношення шансів (odds ratio, OR), що характеризував міру відносного ризику фактора x на результат y і розраховувався як відношення перехресних добутоків частот.

При проведенні статистичного аналізу обчислювали також відносний ризик (relative risk, RR), який виражав відношення частоти події у тій частині вибірки, де фактор діє, до частоти в частині вибірки, де фактор не діє. Відносний ризик оцінюють, щоб перевірити, чи існує мультиплікативна взаємодія між фактором і подією. При цьому:

— відношення ризиків 1 означало, що немає різниці в ризику між двома групами;

— відношення ризиків < 1 означало, що в експериментальній групі подія розвивається рідше, ніж у контрольній;

— відношення ризиків > 1 означало, що в експериментальній групі подія розвивається частіше, ніж у контрольній.

Статистичну обробку проводили за допомогою приклад-



них програм MS® Excel® 2003™ та SigmaPlot® 13.0. Достовірність даних для незалежних вибірок вираховували із застосуванням одновибіркового t-критерію Стьюдента. Рівень довіри при обчисленні довірчих інтервалів визначали за методом нормального розподілу Вальда.

Результати досліджень та їх обговорення

Лейоміома матки у жінок із порушеннями вегетативного гомеостазу частіше виявлялась у вікових групах 26–30 і 31–35 років. Ця доброякісна пухлина у жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу переважно діагностувалася до 30 років у III підгрупі (26,7 %), також у віці 31–35 років — у жінок II підгрупи (46,7 %).

Середня кількість жінок з лейоміомою матки з порушеннями вегетативного гомеостазу у віковій групі 26–30 років становила 7 (6,68–7,32) осіб, а у віковій групі 31–35 років — 12,25 (11,89–12,61). Вибірка була достовірною в усіх групах.

У жінок з лейоміомою матки імовірність виникнення порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом була вищою у вікових групах 36–40 років — $OR_{2-1}=1,5$ (0,4–5,5) та 41–45 років — $OR_{2-1}=1,6$ (0,2–10,0). Можливість проявів порушень вегетативного гомеостазу у жінок з лейоміомою матки у вигляді СДВНС за гіпотонічним типом була вищою у віковій групі 26–30 років — $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,9), у віковій групі 41–45 років — $OR_{3-1}=1,6$ (0,2–10,0) та у віковій групі 46–49 років — $OR_{3-1}=3,2$ (0,3–32,9). Імовірність проявів СДВНС за кардіальним типом частіше можна очікувати у віковій групі 20–25 років — $OR_{4-1}=3,2$ (0,3–32,9).

Серед серцевих проявів СДВНС і СВД переважають кардіалгії. Ця симптоматика більш характерна для жінок, ніж для чоловіків, і становить,

за даними Г. Ф. Ланга, до 98 %. Болі в ділянці серця, або кардіалгії, є симптомами значної кількості захворювань.

Трапляються вони у жінок не тільки при кардіальній формі СДВНС, але й при гіпертонічній та гіпотонічній формах. Саме тому за допомогою математичного аналізу були з'ясовані ризики таких змін у жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу.

У жінок з лейоміомою матки та СВД кардіалгії частіше виникають у віці 31–35 років — $RR_{4-1}=1,1$ (0,7–1,7). У жінок з лейоміомою матки та СДВНС за гіпертонічним типом серцеві прояви виявляються у вікових групах 36–40 років — $RR_{2-4}=1,3$ (0,7–2,3) і 41–45 років — $RR_{2-4}=1,3$ (0,5–3,1), а у жінок із СДВНС за гіпотонічним типом такі стани виявляються у вікових групах 26–30 років — $RR_{3-4}=1,1$ (0,6–1,9) і 41–45 років — $RR_{3-4}=1,3$ (0,5–3,2).

Значно частіше лейоміома діагностувалася у жінок із благополучної родини, при цьому жінки з благополучних родин переважали в I (53,3 %) та III (50,0 %) групах, кількість жінок з неблагополучних родин, що мали лейоміому матки та порушення вегетативного гомеостазу, була удвічі меншою в II групі (23,3 %), у III групі (20,0 %) та в IV групі (16,7 %). Значна кількість жінок IV групи мали неповну сім'ю (36,7 %).

Середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу, що мали благополучну родину, становила 14,5 (14,2–14,8). Кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу, які мали неповну сім'ю, у середньому становила 8,8 (1,2–9,3). Вибірка в усіх групах обстежених жінок була достовірною.

У жінок з лейоміомою матки, які мають неповну сім'ю, є можливість появи СДВНС за гіпертонічним типом — $OR_{2-1}=1,4$ (0,4–4,5) та гіпотонічним типом — $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–

3,9), а також СДВНС за кардіальним типом — $OR_{4-1}=1,9$ (0,6–5,9).

Прояви кардіалгії можуть мати жінки з лейоміомою матки з благополучної та з неблагополучної родин: при СВД відповідно $RR_{1-4}=1,1$ (0,8–1,7), $RR_{1-4}=1,3$ (0,7–2,2), при СДВНС за гіпертонічним типом відповідно $RR_{2-4}=1,04$ (0,7–1,6), $RR_{2-4}=1,2$ (1,7–2,2) та СДВНС за гіпотонічним типом відповідно $RR_{3-4}=1,1$ (0,7–1,6), $RR_{3-4}=1,1$ (0,6–2,1).

Здебільшого жінки з лейоміомою матки мали вищу та професійно-технічну освіту. З вищою освітою було більше жінок у I (51,33 %) та IV групах (46,7 %). Професійно-технічну освіту жінки з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу переважно мали у II групі (33,3 %).

Середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу з вищою освітою становила 13,5 (12,9–14,0), а з професійно-технічною освітою — 7,75 (7,1–8,4). Вибірка була достовірною в II, III та IV групах.

Імовірність проявів порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпотонічним типом при лейоміомі матки вища у жінок з професійно-технічною та середньою освітою, відповідно $OR_{3-1}=1,5$ (0,4–4,9) та $OR_{3-1}=2,4$ (0,6–8,9).

Тенденція щодо шансу проявів порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за кардіальним типом вища, ніж проявів СВД, у жінок з професійно-технічною і середньою освітою, відповідно $OR_{4-1}=1,2$ (0,4–4,2) та $OR_{4-1}=2,4$ (0,6–8,9).

Кардіалгічні прояви при СВД у жінок з лейоміомою матки виявляються частіше у пацієнок з вищою освітою — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,6). Серцеві скарги при СДВНС за гіпертонічним типом частіше виявляються у жінок з лейоміомою матки, що мають незакінчену вищу та профе-



сійно-технічну освіту, відповідно $RR_{2-4}=1,7$ (0,1–3,8) та $RR_{2-4}=1,3$ (0,8–2,1). Така ж тенденція спостерігається при гіпотонічній формі СДВНС, відповідно $RR_{3-4}=1,6$ (0,7–3,4) та $RR_{3-4}=1,1$ (0,6–1,9).

За соціальним станом жінки з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу в основному були службовцями і домогосподарками. Найбільша кількість жінок-службовців реєструвалась у II групі (46,7 %), а домогосподарок — у III групі (36,7 %).

Середня кількість жінок-службовців з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу становила 11,8 (11,3–12,1), а домогосподарок — 9 (8,4–9,6). Вибірка достовірна в усіх обстежених групах.

Шанс виникнення СДВНС за гіпертонічним типом, порівняно з СВД, у жінок з лейоміомою матки значно вищий серед службовців — $OR_{2-1}=1,3$ (0,5–3,7) і безробітних — $OR_{2-1}=1,4$ (0,3–6,8). Можливість появи СДВНС за гіпотонічним типом вища у жінок з лейоміомою матки, які є домогосподарками або безробітними, відповідно $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,3) та $OR_{3-1}=1,8$ (0,4–1,3), а появи кардіальної форми вища у безробітних жінок — $OR_{4-1}=1,8$ (0,4–8,3).

Кардіалгії у жінок з лейоміомою матки, які є службовцями, частіше виявляються при СВД — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,7) та при СДВНС з гіпертонічним типом — $RR_{2-4}=1,2$ (0,8–1,8).

Серцево-судинні прояви виявляються частіше у жінок-домогосподарок при лейоміомі матки з СВД — $RR_{1-4}=1,2$ (0,8–2,0), при гіпертонічній формі СДВНС — $RR_{2-4}=1,1$ (0,6–1,9) та при гіпотонічній формі СДВНС — $RR_{3-4}=1,3$ (0,8–2,1).

Більшість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу мали нормальний термін початку менструальної функції. У жінок з лейоміомою матки відмічав-

ся більш тривалий менструальний цикл, особливо у I (46,7 %) та II (46,7 %) групах. Менструації характеризувалися значним об'ємом крововтрати, дещо більшим також у жінок I (80,0 %) і II (80,0 %) груп. Значні больові відчуття під час менструацій мали більше половини жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу, але частіше такі скарги висловлювали жінки II (66,7 %) та III (73,3 %) груп. Майже половина жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу мали регулярний менструальний цикл. Зміни циклічності менструальної функції були більш виражені у жінок I (53,3 %) та IV (50,0 %) груп.

Середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу, що мали термін початку менструальної функції до 15 років, становила 18 (17,2–18,2). Менструальний цикл тривалістю 29–35 днів у середньому зареєстровано у 13,3 (12,9–13,5) випадках серед жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу.

Значний об'єм крововтрати під час менструацій у середньому відмічався у 22,5 випадках у жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу при лейоміомі (22,1–22,9). Середня кількість жінок, що мали сильні больові відчуття, становила 19,8 (19,4–20,1). Зміни циклічності менструальної функції в середньому зареєстровано у 14,5 (14,2–14,8) випадках серед жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу. Вибірка достовірна в усіх групах дослідження.

Можливість розвитку СДВНС за гіпертонічним типом вища, ніж проявів СВД, у жінок з лейоміомою матки, якщо менструальний цикл має такі характеристики: термін початку після 15 років — $OR_{2-1}=1,1$ (0,4–3,2), тривалість циклу 21–25 днів — $OR_{2-1}=1,2$ (0,4–3,9),

незначний об'єм крововтрати — $OR_{2-1}=1,4$ (0,3–6,8), жінки мають сильні больові відчуття під час менструацій — $OR_{2-1}=1,3$ (0,5–3,8) і регулярні менструації — $OR_{2-1}=1,5$ (0,5–4,1).

Шанс виявлення СДВНС за гіпотонічним типом вищий, ніж можливість прояву СВД, якщо у жінки з лейоміомою матки менструація розпочалася до 15 років — $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,3), тривалість циклу 26–28 днів — $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,5), незначний — $OR_{3-1}=1,8$ (0,4–8,3) або помірний — $OR_{3-1}=1,4$ (0,3–6,1) об'єм крововтрати під час менструацій, сильні больові відчуття — $OR_{3-1}=1,8$ (0,6–5,5) та регулярний менструальний цикл — $OR_{3-1}=1,3$ (0,5–3,6). Шанс появи порушень вегетативного гомеостазу у жінок з лейоміомою матки у вигляді СДВНС за кардіальним типом вищий, ніж прояви СВД, якщо менструальна функція триває 21–25 днів — $OR_{4-1}=1,6$ (0,5–5,1), незначний — $OR_{4-1}=1,4$ (0,3–6,8) та помірний — $OR_{4-1}=1,8$ (0,4–1,3) об'єм крововтрати під час менструацій, сильні менструальні болі — $OR_{4-1}=1,2$ (0,4–3,3) та регулярні менструації — $OR_{4-1}=1,1$ (0,4–3,1).

Серцеві прояви у жінок із СВД частіше виявляються при тривалості циклу 26–28 днів — $RR_{1-4}=1,1$ (0,6–1,1) та 29–35 днів — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,7), при значному об'ємі крововтрат під час менструацій — $RR_{1-4}=1,1$ (0,8–1,5), незначних больових відчуттях — $RR_{1-4}=1,1$ (0,6–2,0) і нерегулярних менструаціях — $RR_{1-4}=1,04$ (0,7–1,6). Кардіальні прояви СДВНС за гіпертонічним типом у жінок з лейоміомою матки частіше виявлялися при менструальному циклі, що почався після 15 років — $RR_{2-4}=1,1$ (0,7–1,6) та триває 29–30 днів — $RR_{2-4}=1,2$ (0,7–1,7), або якщо жінка під час менструацій зазнає значного об'єму крововтрат — $RR_{2-4}=1,1$ (0,8–1,5), має сильні больові відчуття — $RR_{2-4}=1,03$ (0,7–1,5) та регулярні менструальні цикли — $RR_{2-4}=1,1$



(0,7–1,6). Кардіалгії при гіпотонічній формі СДВНС у жінок з лейоміомою матки частіше виявляються, якщо менструації розпочалися до 15 років — $RR_{3-4}=1,03$ (0,7–1,5), тривають 26–28 днів — $RR_{3-4}=1,2$ (0,7–1,9) або 29–35 днів — $RR_{3-4}=1,1$ (0,7–1,6), жінки зазнають незначного об'єму крововтрати під час менструацій — $RR_{3-4}=1,2$ (0,6–2,4), мають сильні больові відчуття — $RR_{3-4}=1,1$ (0,8–1,5) та регулярні менструальні цикли — $RR_{3-4}=1,04$ (0,7–1,6).

Жінки з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу часто мали інші супровідні гінекологічні захворювання, серед них найчастіше траплялися хронічні запальні захворювання статевих органів (ХЗЗСО), причому переважно у жінок II (50,0 %) і III (53,3 %) груп. Проявом ХЗЗСО було часте виявлення ерозії шийки матки, здебільшого у жінок I (26,7 %) та III (30,0 %) груп. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) частіше діагностували у жінок III групи (20,0 %).

У жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу ХЗЗСО у середньому виявлялося у 14,3 (3,8–14,7) випадків, а ерозія шийки матки — у середньому у 7,8 (7,4–8,1). Достовірність вибірки визнавалася високою у всіх групах.

Імовірність проявів порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом вища, ніж СВД, у жінок з лейоміомою матки, що мали ХЗЗСО, — $OR_{2-1}=1,1$ (0,4–3,1). Можливість прояву СДВНС за гіпотонічним типом вища, ніж СВД, у жінок з лейоміомою матки, які мали ХЗЗСО, — $OR_{3-1}=1,3$ (0,5–3,6), ерозію шийки матки — $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,6) та СПКЯ — $OR_{3-1}=1,6$ (0,4–6,5).

Серцеві симптоми при СВД у жінок з лейоміомою матки виявлялися частіше при ХЗЗСО — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,7), ерозії

шийки матки — $RR_{1-4}=1,1$ (0,6–1,9) та СПКЯ — $RR_{1-4}=1,2$ (0,6–2,5). Серцеві напади мали жінки з гіпертонічною формою СДВНС при лейоміомі матки частіше у разі супровідних гінекологічних захворювань, таких як ХЗЗСО — $RR_{2-4}=1,2$ (0,8–1,7), генітальний ендометріоз — $RR_{2-4}=1,7$ (0,8–3,6) та СПКЯ — $RR_{2-4}=1,3$ (0,7–2,6). Кардіалгічні симптоми при гіпотонічній формі СДВНС у жінок з лейоміомою матки виявлялися частіше, якщо серед супровідних захворювань були ХЗЗСО — $RR_{3-4}=1,2$ (0,8–1,8), ерозія шийки матки — $RR_{3-4}=1,2$ (0,7–1,9), генітальний ендометріоз — $RR_{3-4}=1,4$ (0,6–3,6) та СПКЯ — $RR_{3-4}=1,5$ (0,8–2,8).

Жінки з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу перенесли значну кількість гінекологічних оперативних втручань, серед яких переважали артифіційні аборти. Найбільше жінок з лейоміомою матки перенесли операції артифіційного абортів у I (53,3 %), у II (56,7 %) та в III (50,0 %) групах. У жінок I групи в 16,5 % випадків були мимовільні аборти, можливою причиною яких могла бути лейоміома матки на тлі змін вегетативного гомеостазу.

Середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу, що перенесли штучні аборти, становила 15 (14,4–15,6). Вибірка достовірна у I та II групах.

У жінок з лейоміомою матки імовірність розвитку порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом була вищою, ніж можливість появи СВД, якщо такі жінки перенесли артифіційні аборти — $OR_{2-1}=1,1$ (0,4–3,2).

Кардіальні симптоми у жінок з лейоміомою матки виявлялися частіше, якщо вони перенесли артифіційні аборти, при цьому переважно при СВД — $RR_{1-4}=1,1$ (0,8–1,8), гіпертонічній формі СДВНС — $RR_{2-4}=1,2$

(0,9–1,8) та гіпотонічній формі СДВНС — $RR_{3-4}=1,1$ (0,7–1,7). Кардіалгічна симптоматика частіше спостерігалася й у жінок з лейоміомою матки, що перенесли мимовільні аборти, при СВД — $RR_{1-4}=1,7$ (0,8–3,6) та при гіпертонічній формі СДВНС — $RR_{2-4}=1,3$ (0,5–2,9), а також у разі консервативної міомектомії у жінок з рецидивами лейоміоми та СВД — $RR_{1-4}=1,7$ (0,4–6,4).

Давність захворювання на лейоміому матки більше 1 року реєструвалася частіше у жінок I групи (26,7 %), до 2 років — у жінок II групи (46,7 %), 3 роки — у жінок III групи (26,7 %) та 5 років — у жінок I, III та IV груп (по 10,0 %).

Найбільшою була кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу при давності захворювання до 2 років. Середня кількість таких жінок сягала 11,8 (11,3–12,3). Дані вибірки були достовірними.

Можливість розвитку СДВНС за гіпертонічним типом була більш високою, ніж СВД, у жінок з лейоміомою матки при давності захворювання до 2 років — $OR_{2-1}=1,3$ (0,5–3,7) та 3 років — $OR_{2-1}=1,2$ (0,4–4,2). Імовірність проявів СДВНС за гіпотонічним типом була вищою, ніж СВД, у жінок з лейоміомою матки, що мали давність захворювання 3 роки — $OR_{3-1}=1,5$ (0,4–4,9) та більше 5 років — $OR_{3-1}=2,1$ (0,2–24,1), а шанси розвитку СДВНС за кардіальним типом були значно вищими, ніж СВД, у жінок з лейоміомою матки, що мали давність захворювання 3 роки — $OR_{4-1}=1,7$ (0,5–5,6).

Частіше серцеві прояви у жінок з лейоміомою матки виявлялися при СВД — $RR_{1-4}=1,2$ (0,5–2,1), гіпертонічній формі СДВНС — $RR_{2-4}=1,1$ (0,6–1,9) та гіпотонічній формі СДВНС — $RR_{3-4}=1,1$ (0,6–1,9), а також у разі терміну захворювання більше 1 року та при СВД — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,7) і при гіпертонічній формі СДВНС —



$RR_{2-4}=1,2$ (0,8–1,8), якщо давність захворювання на лейоміому матки становила до 2 років.

При діагностиці лейоміоми матки визначалася також локалізація пухлини. Підслизова лейоміома матки частіше виявлялась у II (33,3 %) та III (33,3 %) групах. Інтрамуральні вузли більше визначалися у жінок I (46,7 %) та III (43,3 %) груп, а субсерозна лейоміома матки — у жінок II групи (26,7 %).

Найбільшою середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу була при інтрамуральній локалізації пухлини і становила 12,8 (12,5–13,0). Дані вибірки були достовірними в усіх групах.

Шанси розвитку гіпертонічної форми СДВНС були вищими при СВД у жінок з підслизовою — $OR_{2-1}=1,2$ (0,4–3,5) та субсерозною — $OR_{2-1}=1,2$ (0,4–3,9) локалізацією лейоміоми. Гіпотонічна форма СДВНС частіше, ніж СВД, проявлялась у разі підслизової локалізації лейоміоми матки — $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,5), а кардіальна форма СДВНС може розвинути частіше при субсерозному розташуванні лейоміоми матки — $OR_{4-1}=1,4$ (0,4–4,5).

Кардіалгії у разі підслизого розташування лейоміоми частіше виявлялися при гіпертонічній формі СДВНС — $OR_{2-1}=1,1$ (0,6–1,8) та при гіпотонічній формі СДВНС — $OR_{3-1}=1,1$ (1,06–1,8). Кардіалгічні симптоми у жінок з інтрамуральною лейоміомою матки частіше виявлялися при СВД — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,7) та при гіпотонічній формі СДВНС — $RR_{3-4}=1,1$ (0,7–1,6).

Іншою визначеною характеристикою лейоміоми матки були місця її розташування. У жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу найчастіше лейоміома матки розташовувалася по передній стінці матки, переважно у жінок I групи (40,0 %). Розташування у ділянці ребра матки частіше спо-

стерігалось у жінок III групи (26,7 %), а по задній стінці матки (16,5 %) і в нижньому сегменті матки (16,5 %) — у жінок II групи.

Найбільша середня кількість жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу мали розташування лейоміоми матки по передній стінці — 11 (10,8–11,3). Достовірність вибірки була високою в усіх групах.

Гіпотонічна форма СДВНС має шанс з'явитися у жінок з лейоміомою матки в разі розташування вузлів у ділянці ребра матки — $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,9) та розміщення лейоміоми матки по задній стінці матки — $OR_{3-1}=1,4$ (0,3–6,8). Розвиток кардіальної форми СДВНС більш імовірний, ніж поява СВД, якщо лейоміома матки розташована в ділянці дна матки — $OR_{4-1}=1,3$ (0,3–5,4), при розташуванні вузлів у нижньому сегменті матки — $OR_{4-1}=1,6$ (0,4–6,5) та по задній стінці матки — $OR_{4-1}=1,4$ (0,3–6,8).

Кардіалгічні симптоми частіше виявляли у жінок із СВД — $RR_{1-4}=1,2$ (0,7–2,2), у жінок з гіпертонічною формою СДВНС — $RR_{2-4}=1,1$ (0,6–2,1) та у жінок з гіпотонічною формою СДВНС — $RR_{3-4}=1,3$ (0,8–2,3) у разі розташування лейоміоми в ділянці ребра матки. Така серцева симптоматика частіше діагностується у жінок із СВД — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,8), при гіпертонічній формі СДВНС — $RR_{2-4}=1,1$ (0,7–1,7) та при гіпотонічній формі СДВНС — $RR_{3-4}=1,1$ (0,7–1,7) у разі розташування пухлини по передній стінці матки; якщо лейоміома розташована по задній стінці матки, то частіше виявляються кардіалгічні ознаки при гіпертонічній формі СДВНС — $RR_{2-4}=1,2$ (0,6–2,4).

За розміром лейоміоми матки у обстежених жінок визначалася відповідно до розміру матки в тижнях вагітності, частіше реєструвалася лейоміома матки до 12 тиж. Пухлина такого розміру переважно виявлялась у жінок III групи (60,0 %).

Лейоміома розміром 13–16 тиж. частіше виявлялась у жінок I (43,3 %) та II (43,3 %) груп.

Середня кількість жінок, що мали лейоміому матки розмірами до 12 тиж., становила 16,5 (16,2–16,8).

Шанс прояву гіпертонічної та гіпотонічної форм СДВНС вищий, ніж прояви СВД, у жінок з розмірами лейоміоми матки до 12 тиж., відповідно $OR_{2-1}=1,1$ (0,4–3,2) та $OR_{3-1}=1,3$ (0,5–3,7), а можливість розвитку кардіальної форми СДВНС — $OR_{4-1}=1,1$ (0,4–3,2) — вища, ніж СВД, при розмірах лейоміоми матки 13–16 тиж.

Кардіалгічні прояви частіше виявляються у жінок із СВД — $RR_{1-4}=1,04$ (0,7–1,5), за гіпертонічною формою СДВНС — $RR_{2-4}=1,1$ (0,7–1,6) та гіпотонічною формою СДВНС — $RR_{3-4}=1,1$ (0,8–1,6) у разі розміру лейоміоми до 12 тиж.

Жінки з лейоміомою матки мали здебільшого один, два або три лейоматозних вузли. Один вузол мали 50,0 % жінок I групи, 50,0 % жінок IV групи та 53,3 % жінок III групи, по два-три вузли — 46,7 % жінок I групи, 46,7 % — II групи, 43,3 % — IV групи.

Середня кількість жінок, що мали один лейоматозний вузол, становила 15 (14,8–15,2), а два-три вузли — 13,3 (12,9–13,5).

У жінок, що мали один лейоматозний вузол, шанс розвитку СДВНС за гіпотонічним типом вищий, ніж поява СВД, — $OR_{3-1}=1,1$ (0,4–3,1). У жінок, які мали більше трьох лейоматозних вузлів, частіше можуть проявитися всі форми СДВНС, ніж СВД: при гіпертонічній формі $OR_{2-1}=2,1$ (0,2–24,1), гіпотонічній формі $OR_{3-1}=2,1$ (0,2–24,1) та при кардіальній формі $OR_{4-1}=2,1$ (0,2–24,1).

Кардіалгії частіше виявлялися при СВД — $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,6) та гіпертонічній формі — $RR_{2-4}=1,1$ (0,7–1,6) у разі наявності двох-трьох лейоматозних вузлів. При одному вузлі такі симптоми частіше



виявляли за гіпотонічної форми СДВНС — $RR_{3-4}=1,04$ (0,7–1,6).

Діагностику лейоміоми матки в обстежених жінок проводили різними методами. Зазначимо, що всі жінки проходили ультразвукові дослідження, резервом необхідного обстеження жінок з лейоміомою матки залишаються доплерівське ультразвукове дослідження судин, пайпель-біопсія ендометрія та гістроскопічна діагностика.

Середня кількість жінок, що пройшли до нашого обстеження пайпель-біопсію ендометрія, становила 3 (2,5–3,5), гістроскопію — 1,8 (0,9–2,6), доплерівське ультразвукове дослідження маткових судин — 4,3 (3,8–4,8). Дані вибірки в усіх групах мали високу достовірність.

Дослідження показників реалізації репродуктивної функції при лейоміомі матки показало, що більшість жінок із порушеннями вегетативного гомеостазу мали одні пологи до встановлення діагнозу лейоміоми, а деякі — і двоє пологів. При встановленому діагнозі лейоміоми матки одні пологи без лікування відбулися у 2 (6,7 %) жінок III групи, одні пологи після нехірургічного лікування лейоміоми матки — у 2 (6,7 %) жінок I групи, у 2 (6,7 %) жінок II групи та в 1 (3,3 %) жінки IV групи. Після хірургічного лікування лейоміоми матки народила лише 1 (3,3 %) жінка III групи.

Найбільша середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу становила 19,5 (19,2–19,8). Вибірка достовірною в III групі.

За гіпотонічним та кардіальним типами СДВНС частіше, ніж СВД, виявляється у жінок з лейоміомою матки, що

мали двоє пологів, відповідно $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–4,2) і $OR_{4-1}=1,7$ (0,5–5,6).

Кардіалгії частіше виявлялися у жінок з лейоміомою матки при СВД, якщо жінка мала двоє пологів або одні пологи після лікування лейоміоми матки нехірургічними методами, відповідно — $RR_{1-4}=1,03$ (0,7–1,5) та $RR_{1-4}=1,6$ (0,5–5,0). Також серцеві прояви частіше мали жінки з лейоміомою матки при гіпертонічній формі СДВНС, якщо вони народили тричі або більше разів або мали одні пологи після лікування лейоміоми матки нехірургічними методами, відповідно $RR_{2-4}=1,1$ (0,6–1,8) та $RR_{2-4}=1,6$ (0,5–5,0).

Жінки з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу часто мали супровідні екстрагенітальні захворювання, серед яких у жінок I групи переважали захворювання ЛОР-органів (хронічний тонзиліт — 50,0 %) і захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит — 40,0 %). Така ж тенденція відмічалась і в інших групах: у II групі хронічний тонзиліт — 46,7 %, а гастрит — 33,3 %, у III групі хронічний тонзиліт — 46,7 %, а гастрит — 36,7 %, у IV групі хронічний тонзиліт — 43,3 %, а гастрит — 43,3 %. Жінки III групи в 16,7 % випадків страждали на аденоїди.

Найбільша середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу мала хронічний тонзиліт і становила 14 (13,8–14,2) та гастрит — 11,5 (11,1–11,9). Вибірки в усіх групах були достовірними.

Щодо шансів прояву змін вегетативного гомеостазу у вигляді захворювання спостерігається більш виражена можливість прояву СДВНС за кардіальним типом — $OR_{4-1}=1,1$

(0,4–3,2) порівняно із СВД у жінок з лейоміомою матки за наявності супровідного екстрагенітального захворювання — гастриту.

Можливість прояву СДВНС за гіпер-, гіпо- та кардіальним типами значно вища у жінок з лейоміомою матки при захворюванні на аденоїди, відповідно $OR_{2-1}=3,2$ (0,3–32,9), $OR_{3-1}=4,5$ (0,5–42,5), $OR_{4-1}=5,8$ (0,6–53,0), а на кардіальну форму СДВНС ще й у разі виявлення сечокам'яної хвороби — $OR_{4-1}=3,6$ (0,4–35,7).

Кардіалгії виявляли частіше при СВД за наявності у жінок з лейоміомою матки виразкової хвороби шлунка та хронічного тонзиліту, відповідно $RR_{1-4}=1,3$ (0,4–4,1) та $RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,6), також кардіалгічні прояви частіше спостерігалися при СДВНС за гіпертонічним і гіпотонічним типами у жінок з лейоміомою матки при хронічному тонзиліті, відповідно $RR_{2-4}=1,04$ (0,7–1,6) та $RR_{3-4}=1,04$ (0,7–1,6).

Жінки з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу мали шкідливі звички, частіше у вигляді тютюнопаління та надмірного вживання алкоголю. На тютюнопаління страждали найбільша кількість жінок I групи (40,0 %) та II групи (33,3 %). Чимало жінок I групи (10,0 %) надмірно вживали алкоголь.

Середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу, що зловживали тютюнопалінням, становила 8,8 (7,7–9,8), а тих, які надмірно вживали алкоголь, — 2,3 (1,8–2,9).

Кардіалгія частіше проявлялась у жінок з лейоміомою матки при СВД і СДВНС за гіпертонічним і гіпотонічним типами, у разі якщо жінки зловживали тютюнопалінням — відповідно $RR_{1-4}=1,6$ (1,1–2,5),



$RR_{2-4}=1,5$ (0,9–2,3), $RR_{3-4}=1,3$ (0,8–2,2).

Більшість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу використовували бар'єрні та оральні методи контрацепції. Бар'єрними методами контрацепції користувалися більшість жінок III групи (36,7 %), а оральними контрацептивами — більшість жінок II групи (40,0 %).

Середня кількість жінок з лейоміомою матки та порушеннями вегетативного гомеостазу становила 10 (9,7–10,3), а середня кількість жінок, що використовували оральні контрацептиви, — 9,5 (8,8–10,2).

У жінок, що використовували бар'єрні методи контрацепції, шанс прояву СДВНС за гіпертонічним, гіпотонічним і кардіальним типами був вищим, ніж можливість проявів СВД, відповідно $OR_{2-1}=1,2$ (0,4–3,5), $OR_{3-1}=1,4$ (0,5–3,9) та $OR_{4-1}=1,2$ (0,4–3,5). Можливість прояву СДВНС за гіпертонічним типом у жінок з лейоміомою матки, порівняно з СВД, також була вищою у разі використання оральних контрацептивів — $OR_{2-1}=1,3$ (0,5–3,8).

Кардіалгії при СВД і СДВНС за гіпертонічним і гіпотонічним типами частіше виявлялися у жінок з лейоміомою матки у разі прийому оральних контрацептивів, відповідно $RR_{1-4}=1,6$ (0,5–5,0), $RR_{2-4}=1,4$ (0,9–2,2) та $RR_{3-4}=1,2$ (0,7–1,9).

Серцеві прояви при СВД частіше спостерігалися у жінок з лейоміомою матки і в разі використання внутрішньоматкової спіралі — $RR_{1-4}=1,6$ (0,5–5,0), а при застосуванні бар'єрних методів контрацепції частіше виявлялися СДВНС за гіпотонічним типом із серцевими симптомами — $RR_{3-4}=1,1$ (0,7–1,7).

Висновки

1. Прогнозування проявів порушення вегетативного гомеостазу у жінок з лейоміомою матки дозволило з'ясувати шанси виникнення таких змін і обчислити відносний ризик виникнення кардіалгій.

2. Дослідження клінічної характеристики у жінок фертильного віку з лейоміомою матки, що мали порушення вегетативного гомеостазу, сприяло визначенню найважливіших факторів виникнення цього захворювання.

3. У жінок з лейоміомою матки часто трапляються клінічні прояви порушення вегетативного гомеостазу, що потребує пильної уваги лікарів акушерів-гінекологів, терапевтів і сімейних лікарів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жилка Н. Я. Репродуктивне здоров'я в Україні / Н. Я. Жилка // Нова медицина. – № 2 (19). – 2005. – С. 4–5.

2. Захарьян Е. А. Нейроциркуляторная дистония — патология соединительного матрикса / Е. А. Захарьян, В. Ф. Кубышкин, В. А. Ионов, // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2011. – Т. 1, № 2 (2). – С. 116.

3. Збереження репродуктивного здоров'я жінки — основа формування здорової нації / В. В. Камінський, Л. Б. Маркін, С. І. Жук [та ін.] // Здоров'я України. – 2008. – № 9. – С. 58–59.

4. Акушерство та гінекологія : нац. підручник у 4-х томах // за ред. В. М. Запорожана. – К., 2012. – Т. 4. Оперативна гінекологія. – 1070 с.

5. Подольський В. В. Репродуктивне здоров'я жінок — важлива проблема сучасності / В. В. Подольський // Здоровье женщины. – 2003. – № 1 (13). – С. 100–104.

6. Подольський Вл. В. Стан репродуктивного здоров'я з порушеннями вегетативного гомеостазу / Вл. В. Подольський // Здоровье женщины. – 2013. – № 9 (85). – С. 139–142.

7. Доброкачественные заболевания матки / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков, В. А. Лебедев. – М. : ГЭОТАР, 2011.

8. Тихомиров А. Л. Патогенетическое обоснование профилактики миомы матки / А. Л. Тихомиров, А. А. Леденкова, А. Е. Батаева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – № 10 (1). – С. 75–78.

REFERENCES

1. Zhylyka N.Ya Reproductive Health in Ukraine. *Nova medytsyna* 2005; 2 (19): 4-5.

2. Zakharian E.A., Kubyshekin V.F., Lonov V.A. Neurocirculatory dystonia as a pathology of coupling matrix. *Krymsky zhurnal eksperimental'noy i klinicheskoy meditsyny* 2011; 1, 2 (2): 116.

3. Kaminskyi V.V., Markin L.B., Zhuk S.I. et al. Reproductive health of women — the foundation of a healthy nation. *Zdorovya Ukrainy* 2008; 9: 58-59.

4. Zaporozhan V.M. (ed.) National tutorial "Obstetrics and Gynecology" in 4 volumes. *Operatyvna ginekologiya*. Kyiv 2012; 1070 p.

5. Podolsky V.V. Reproductive health is an important health problem of our time. *Zdorovye zhenshchiny* 2003; 1 (13): 100-104.

6. Podolsky V. V. Reproductive health in women with violation of autonomic homeostasis. *Zdorovye zhenshchiny* 2013; 9 (85): 139-142.

7. Strizhakov A.N. Davidov A.I., Pashkov V.M., Lebedev V.A. Benign diseases of the uterus. Moscow, GEOTAR, 2011, p. 288.

8. Tikhomirov A.L., Ledenkova A.A., Bataeva A.E. Pathogenetic substantiation of prevention of uterine fibroids. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii* 2011; 10 (1): 75-78.

Надійшла 2.06.2015

Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. М. Рожковська

