

УДК 618.179:616-055.2:618.39-036

Вл.В. Подольський

ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОЯВІВ ПОРУШЕННЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ АРТИФІЦІЙНИЙ АБОРТ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Мета – провести прогнозування проявів порушення вегетативного гомеостазу та надати клінічну характеристику жінкам фертильного віку, що перенесли артифіційний аборт.

Матеріали та методи. Обстежено 360 жінок із порушеннями вегетативного гомеостазу (синдромом вегетативної дисфункції, соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи за гіпертонічним, гіпотонічним та кардіальним типом) і змінами репродуктивного здоров'я (артифіційним абортom, непліддям та лейоміомою матки). Стан вегетативної нервової системи визначено за допомогою: шкали вегетативних симптомів за Вейном А.М., проведення функціональних проб (ортостатичної, кліностатичної, проби Ашнера, солярного рефлексу Томару, шкірно-серцевого рефлексу) та комп'ютерної кардіоінтервалографії.

Результати. Прогнозування проявів порушення вегетативного гомеостазу в жінок, що перенесли артифіційний аборт, дало змогу з'ясувати імовірність виникнення таких змін і обчислити відносний ризик виникнення кардіалгій. Дослідження клінічної характеристики в жінок фертильного віку, що перенесли артифіційний аборт і мали порушення вегетативного гомеостазу, дозволило визначити найважливіші фактори виникнення цього захворювання.

Висновки. У жінок, що перенесли артифіційний аборт, часто зустрічаються клінічні прояви порушення вегетативного гомеостазу, що потребує пильної уваги лікарів акушерів-гінекологів, терапевтів і сімейних лікарів.

Ключові слова: жінки фертильного віку, артифіційний аборт, прогнозування, порушення вегетативного гомеостазу, шанси виникнення змін, ризик виникнення кардіалгій.

Вступ

На сьогодні в Україні артифіційний аборт як метод регулювання народжуваності залишається провідним [1, 2, 4]. Небезпечність цього методу викликана значними порушеннями репродуктивного здоров'я в жінок фертильного віку (ЖФВ) після артифіційного аборту [4, 5]. Переривання вагітності є процесом раптового припинення тих захисно-приспосувальних механізмів, які виникають в організмі жінки під час вагітності і направлені на адаптацію її організму для виношування плода. Тому, крім порушення психоемоційного стану, в жінок після переривання вагітності часто (до 60% випадків) порушується менструальна функція. Зрив адаптаційних механізмів відбувається насамперед на рівні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [3, 7]. Такі зміни насамперед приводять до розвитку гіперпластичних процесів в ендометрії, розвитку ендометріозу та міоми матки, а на тлі гормональних розладів виникає полікістоз яєчників. Гормональні зміни в організмі жінки в постабортному періоді проявляються в дисбалансі між прогестеронами та естрогенами, частіше це проявляється в недостатності лютеїнової фази, що і є підґрунтям для гіперпластичних процесів, але й переважає естрогенів у таких жінок відносно, оскільки концентрація естрогенів також знижена. Це, своєю чергою, може призводити до збільшення ановуляторних циклів, які можуть спричинити безпліддя [1, 2, 4, 5, 7].

Серед соматичних захворювань ЖФВ у сучасних умовах зростає частота патології, пов'язаної з вегетативними розладами. Частота порушень вегетативного гомеостазу в популяції осіб молодого віку сягає 60–80%. Вегетативні зміни в організмі ЖФВ можуть проявлятися у вигляді захворювання та функціональних станів, зокрема, за сучасною класифікацією їх диференціюють як соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (СДВНС) та синдром вегетативної дисфункції (СВД). Клінічно-функціональні стани (СВД) проявляються окремими симптомами або групами симптомів, вегетативні захворювання (СДВНС) частіше проявляються у вигляді гіпертонічної, гіпотонічної та кардіальної форм [6].

Враховуючи значення аборту для змін репродуктивного здоров'я у ЖФВ і значну поширеність порушень вегетативного гомеостазу серед молодих жінок, важливим є прогнозування проявів порушення вегетативного гомеостазу та визначення ролі соціальних і медичних факторів у виникненні постабортних змін у стані здоров'я ЖФВ.

Мета роботи – провести прогнозування проявів порушення вегетативного гомеостазу та надати клінічну характеристику ЖФВ, що перенесли артифіційний аборт.

Матеріали та методи

Обстежено 360 ЖФВ із порушеннями вегетативного гомеостазу (СВД, СДВНС за

гіпертонічним, гіпотонічним та кардіальним типом) і змінами репродуктивного здоров'я (артифіційним аборт, непліддя і лейоміомою матки). Усі обстежені ЖФВ розподілені на 4 групи (по 90 осіб) залежно від змін вегетативного гомеостазу: I група – жінки із порушеннями вегетативного гомеостазу у вигляді СВД, II група – жінки із СДВНС за гіпертонічним типом порушень, III група – жінки із СДВНС за гіпотонічним типом, IV група – жінки із СДВНС за кардіальним типом. Крім цього, кожна з перелічених груп була розділена на 3 підгрупи (по 30 жінок) залежно від змін репродуктивного здоров'я: 1-а підгрупа – жінки, що перенесли артифіційний аборт, 2-а – жінки з непліддям, 3-я підгрупа – жінки з лейоміомою матки.

Стан вегетативної нервової системи визначено за допомогою: шкали вегетативних симптомів за Вейном А.М., проведення функціональних проб (ортостатичної, кліностатичної, проби Ашнера, солярного рефлексу Томару, шкірно-серцевого рефлексу) та комп'ютерної кардіоінтервалографії.

Оцінка ступеня впливу факторних ознак проведена за показником відношення шансів (odds ratio – OR), яке характеризувало ступінь відносного ризику фактора x на результат y і розраховувалось як відношення перехресних добутоків частот.

При проведенні статистичного аналізу обчислено відносний ризик (relative risk – RR), який виражав відношення частоти події в тій частині вибірки, де фактор діє, до частоти в частині вибірки, де він не діє. Відносний ризик оцінено для перевірки наявності мультиплікативної взаємодія між фактором і подією. При цьому:

- відношення ризиків 1 означало, що в ризику між двома групами різниці не було;
- відношення ризиків <1 означало, що в експериментальній групі подія розвивалася рідше, ніж у контрольній;
- відношення ризиків >1 означало, що в експериментальній групі подія розвивалася частіше, ніж у контрольній.

Статистична обробка проведена за допомогою прикладних програм MS® Excel® 2003™ та SigmaPlot® 13.0. Достовірність даних для незалежних вибірок вирахована із застосуванням одновибіркового t -критерію Стьюдента. Рівень довіри при обчисленні довірчих інтервалів визначений за методом нормального розподілу Вальда.

Результати дослідження та їх обговорення

Жінки, що перенесли артифіційний аборт, входили до різних вікових груп, але були переважно молодого віку. У I групі найбільше (40,0%) було жінок віком 31–35 років. Така ж тенденція спостерігалась у II, III і IV групах, де жінки віком 31–35 років становили відповідно 36,7%, 33,3% і 40,0%.

Звертає на себе увагу, що в IV групі було найбільше молодих жінок віком 15–18 років (6,7%), а у II та III групах – старших жінок віком 41–45 років (відповідно 6,7 та 6,7%).

Середня кількість жінок віком 15–19 років становила 1,25 (0,63–1,87), 31–35 років – 11,25 (10,95–11,54), а 41–45 років – 1,5 (0,89–2,11).

Достовірність вибірки в I групі дорівнювала $p=0,031$, у II групі – $p=0,02$, у III групі – $p=0,01$, у IV групі – $p=0,03$.

Оскільки нозологічна класифікація порушень вегетативного гомеостазу не передбачає розподілу захворювання на різні форми, а старою класифікацією клінічний підрозділ НЦА дозволяє виділяти гіпертонічну, гіпотонічну та кардіальну форми захворювання, то для проведення більш ретельного аналізу ми використовуємо саме такі форми захворювання в разі їх встановлення. Підгрунтам для такого розподілу є переважання тих чи інших симптомів: підвищення або зниження артеріального тиску, серцеві прояви.

Серед серцевих проявів СДВНС і СВД переважають кардіалгії. Ця симптоматика характерна більше для жінок, ніж для чоловіків, і становить, за даними Ланга Г.Ф., до 98%. Біль у ділянці серця, або кардіалгії, є симптомом значної кількості захворювань.

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

Імовірність проявів порушення вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом порівняно із СВД була вищою в жінок у вікових групах 20–25 років ($OR_{2-1}=1,8$ (0,4–8,3)) і 41–45 років ($OR_{2-1}=2,1$ (0,2–24,1)), СДВНС за гіпотонічним типом – у віковій групі 20–25 років ($OR_{3-1}=1,4$ (0,3–6,8)), 36–40 років ($OR_{3-1}=2,2$ (0,4–12,8)) і 41–45 років ($OR_{3-1}=2,1$ (0,2–24,1)), СДВНС за кардіальним типом – у вікових групах 15–19 років ($OR_{4-1}=2,1$ (0,2–24,1)) і 20–25 років ($OR_{4-1}=1,4$ (0,3–6,8)).

У ЖФВ, що перенесли артифіційний аборт, віком 26–30 років частіше виявлявся СВД з кардіалгіями ($RR_{1-4}=1,1$ (0,6–8,0)), така ж тенденція з більш вираженим ступенем вірогідності спостерігалась у віковій групі 36–40 років ($RR_{1-4}=1,4$ (0,5–7,0)). Виникнення кардіалгії в ЖФВ частіше відмічалось у віковій групі 20–25 років при СДВНС за гіпертонічним типом ($RR_{2-4}=1,2$ (0,6–5,0)) та у віковій групі 41–45 років ($RR_{2-4}=1,5$ (0,5–2,0)). У ЖФВ частіше виявлялася СДВНС за гіпертонічним типом із проявами кардіалгії у віковій групі 36–40 років ($RR_{3-4}=2,2$ (0,9–5,4)) та 41–45 років $RR_{3-4}=1,5$ (0,5–4,4).

Жінки, що перенесли артифіційний аборт, із порушеннями вегетативного гомеостазу мали різний сімейний стан. Благополучна родина була в більшості жінок I (40,0%), II (46,7%) і IV (50,0%) груп. Неповна сім'я частіше відмічалась у жінок III (43,3%) та IV (40,0%) груп. Високі показники неблагополучної родини реєструвалися в жінок I (20,0%) та II (20,0%) груп, при цьому в 6,7% жінок II групи члени родини були судимі.

Середня кількість ЖФВ, які мали благополучну родину, становила 13 (12,49–13,51), а середня кількість жінок, що мали неблагополучну родину, – 4,5 (3,55–5,45). Неповна сім'я в середньому при порушенні вегетативного гомеостазу зустрічалась в 11,5 (11,12–

11,88) жінок. Достовірність вибірки ЖФВ за сімейним станом у I групі дорівнювала $p=0,0298$, у II групі – $p=0,0247$, у III групі – $p=0,0334$, у IV групі – $p=0,0616$.

Прояви порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом зустрічалися частіше за прояви СВД у разі благополучної родини ($OR_{2-1}=1,3$ (0,5–3,7)). Прояви СДВНС за гіпотонічним типом у жінок були частішими за прояви СВД у випадку неповної сім'ї ($OR_{3-1}=1,3$ (0,5–3,7)) та коли члени родини були судимі ($OR_{3-1}=2,1$ (0,2–24,1)). Прояви СДВНС за кардіальним типом були частішими за прояви СВД серед жінок як у випадку благополучних родин ($OR_{4-1}=1,5$ (0,5–4,2)), так і в разі неповних сімей ($OR_{4-1}=1,2$ (0,4–3,3)).

У жінок, що перенесли артіфіційний аборт, з неблагополучної родини частіше виявлявся СВД із проявами кардіалгії ($RR_{1-4}=1,8$ (1,0–3,1)). Така ж тенденція відмічалася у II ($RR_{2-4}=1,8$ (1,0–3,1)) та III ($RR_{3-4}=1,4$ (0,7–2,8)) групах. Вірогідність виникнення кардіалгії в жінок III групи була вищою в разі наявності судимості в членів родини ($RR_{3-4}=1,7$ (0,4–6,4)).

Розподіл досліджуваних ЖФВ за рівнем освіти показав, що в I групі більшість жінок мали професійно-технічну (36,7%) і середню (26,7%) освіту. Такі ж показники за рівнем професійно-технічної освіти були в жінок II (33,3%), III (46,7%) та IV (40,0%) груп. Вищу освіту мала найбільша кількість жінок II (20,0%) та IV (23,3%) груп. Така ж тенденція спостерігалася у цих групах і щодо середньої освіти (відповідно 23,3% і 23,3%).

Середній показник кількості жінок із вищою освітою становив 5,5 (4,93–6,07), незакінченою вищою – 2,75 (2,11–3,39), професійно-технічною – 11,75 (11,22–12,25), середньою – 6,25 (5,33–7,17), незакінченою середньою освітою – 3,75 (2,92–4,58).

У всіх групах ЖФВ за рівнем освіти визначалася висока достовірність вибірки.

У випадку із вищою освітою імовірність виникнення СДВНС за гіпертонічним ($OR_{2-1}=1,3$ (0,3–4,6)) і кардіальним ($OR_{4-1}=1,5$ (0,4–5,5)) типом була більшою порівняно з СВД. У жінок із незакінченою вищою освітою прояви СДВНС за гіпотонічним типом проявлялися частіше порівняно із СВД ($OR_{3-1}=1,4$ (0,3–6,8)). У жінок із професійно-технічною освітою порушення вегетативного гомеостазу відмічалися частіше у вигляді СДВНС за гіпотонічним і кардіальним типом порівняно із СВД (відповідно $OR_{3-1}=1,5$ (0,5–4,2) та $OR_{4-1}=1,2$ (0,4–3,3)). У жінок із незакінченою середньою освітою ймовірність проявів СДВНС за гіпертонічним та гіпотонічним типом була вищою, ніж СВД, (відповідно $OR_{2-1}=1,8$ (0,4–8,3) та $OR_{3-1}=1,8$ (0,4–8,3)).

СВД з ознаками кардіалгії частіше виявлявся в жінок із незакінченою вищою освітою, середньою та незакінченою середньою освітою – відповідно $RR_{1-4}=1,3$ (0,5–3,1), $RR_{1-4}=1,1$ (0,6–1,1) та $RR_{1-4}=1,3$ (0,5–2,9). СДВНС за гіпертонічним типом із серцевими проявами також частіше відмічалася в жінок із незакінченою вищою, професійно-технічною та незакінченою середньою освітами – відповідно $RR_{3-4}=1,5$ (0,7–3,4), $RR_{3-4}=1,1$ (0,7–1,7) та $RR_{3-4}=1,6$ (0,8–3,2). СДВНС за гіпотонічним типом та кардіалгією спостерігалася

частіше в жінок із незакінченою середньою освітою – $RR_{2-4}=1,6$ (0,8–3,2).

Більшість жінок I групи були службовцями (43,3%) і робітницями (26,7%). Серед жінок II групи переважали службовці (40,0%), учні та студенти (26,7%). Така ж тенденція спостерігалася в жінок III (відповідно 33,3% та 20,0%) і IV (відповідно 43,3% та 23,3%) груп.

За соціальним станом найбільшу групу становили жінки-службовці – 12 (11,59–12,41), а найменшу – безробітні – 1,25 (мінус 0,61–3,11). При цьому реєструвалася висока достовірність вибірки в усіх групах.

У групі жінок, які за соціальним станом відносились до учнів та студентів, порушення вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом виникали частіше, ніж СВД, ($OR_{2-1}=1,3$ (0,4–4,3)); у групі домогосподарок частіше спостерігалися прояви СДВНС за гіпотонічним типом $OR_{3-1}=4,3$ (0,8–22,5), такі ж порушення вегетативного гомеостазу були в цій групі і у вигляді СДВНС за кардіальним типом ($OR_{4-1}=2,2$ (0,4–12,8)).

Кардіалгічні прояви при СВД частіше відмічалися в жінок-робітниць ($RR_{1-4}=1,7$ (1,0–2,9)). Такі ж прояви були і при СДВНС за гіпертонічним ($RR_{2-4}=1,6$ (0,9–2,7)) і гіпотонічним ($RR_{3-4}=1,3$ (0,7–2,5)) типом. Кардіалгії частіше проявлялися в групі учнів та студентів при СДВНС за гіпертонічним типом ($RR_{2-4}=1,1$ (0,6–1,9)) та домогосподарок при СДВНС за гіпотонічним типом із кардіальними симптомами ($RR_{3-4}=1,5$ (0,8–3,2)).

Показники, що характеризують стан менструальної функції у ЖФВ, засвідчили, що до 15 років менструальна функція розпочалася у більшості жінок усіх 4 груп. Тривалість менструального циклу 21–25 днів була в більшості жінок I та II груп, 26–28 днів – III та IV груп, а 29–35 днів – II та IV групи. Помірний обсяг крововтрати під час місячних мали переважно жінки I, III та IV груп, а значний – більшість (40,0%) жінок II групи. Незначні больові відчуття під час місячних спостерігалися в жінок I та II групи, а сильні – у жінок III та IV груп. Звертає на себе увагу, що значна кількість жінок II, III та IV груп мали нерегулярні місячні (відповідно 46,7%, 40,0% і 43,3%).

У більшості ЖФВ відмічалися нормальні показники менструальної функції. Так, термін початку менструальної функції до 15 років спостерігався в середньому в 20,25 (19,7–20,8) жінок, тривалість менструального циклу 21–25 днів – у 10,75 (9,98–11,52), помірний обсяг крововтрати – у 13,25 (12,78–13,72), незначні больові відчуття – в 11,75 (11,25–12,25), регулярна циклічність менструальної функції – у 18,5 (17,78–19,22). У всіх групах жінок за показниками менструальної функції реєструвалася висока достовірність вибірки.

У досліджуваних жінок СДВНС за гіпертонічним типом проявлялася частіше, ніж СВД, у разі таких характеристик менструального циклу: термін початку після 15 років – $OR_{2-1}=2,5$ (2,5 (0,8–7,6)), значний обсяг крововтрати – $OR_{2-1}=1,8$ (0,6–5,5), сильні больові відчуття під час місячних – $OR_{2-1}=1,5$ (0,5–4,2), нерегулярні місячні – $OR_{2-1}=2,9$ (0,9–8,7). СДВНС за гіпотонічним типом спостерігалася частіше, ніж СВД, у випадку таких характеристик менструальної функції ($OR_{3-1}=1,4$ (0,4–

4,5)): тривалість циклу 26–28 днів – $OR_{3-1}=2,6$ (0,9–7,5); незначний або значний обсяг крововтрати – $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,9) та $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,6); відсутні або дуже сильні больові відчуття під час місячних – $OR_{3-1}=1,3$ (0,3–4,6) та $OR_{3-1}=1,3$ (0,5–3,7); нерегулярні місячні – $OR_{3-1}=2,2$ (0,7–6,7). СДВНС за кардіальними проявами відмічалася частіше, ніж СВД, у разі таких характеристик менструального циклу: термін початку після 15 років – $OR_{4-1}=1,4$ (0,5–3,6), тривалість циклу 26–28 днів – $OR_{4-1}=2,6$ (1,1–6,1); незначний або, навпаки, значний обсяг крововтрати під час місячних – $OR_{4-1}=1,2$ (0,5–3,1) та $OR_{4-1}=1,2$ (0,5–2,9); якщо больові відчуття відсутні або, навпаки, дуже сильні – відповідно $OR_{4-1}=1,3$ (0,4–3,7), $OR_{4-1}=1,3$ (0,6–3,1); нерегулярні місячні – $OR_{4-1}=2,2$ (0,9–5,6).

У жінок із нормальними показниками менструальної функції, що перенесли артифіційний аборт, частіше проявлявся СВД із кардіалгіями, що підтверджувалося достовірними показниками обрахунків ризику $RR_{1.4}$.

Прояви порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним типом відмічалися при достовірних показниках $RR_{2.4}$ у жінок, в яких місячні розпочалися після 15 років – $RR_{2.4}=1,2$ (0,8–1,9), тривалість циклу 21–25 днів – $RR_{2.4}=1,1$ (0,7–1,7), незначний – $RR_{2.4}=1,1$ (0,6–1,1) або, навпаки, значний обсяг крововтрати – $RR_{2.4}=1,1$ (0,7–1,8) та незначні больові відчуття під час місячних – $RR_{2.4}=1,1$ (0,7–1,8). Найчастіші порушення вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпотонічним типом із кардіалгіями виявлялися в жінок при початку місячних до 15 років – $RR_{3.4}=1,03$ (0,7–1,5), тривалості менструального циклу 26–28 днів – $RR_{3.4}=1,3$ (0,8–1,9), незначних обсягах крововтрати під час місячних – $RR_{3.4}=1,2$ (0,7–2,1), відсутніх – $RR_{3.4}=1,1$ (0,6–2,2) або незначних – $RR_{3.4}=1,1$ (0,7–1,7) больових відчуттях під час місячних, регулярних менструальних циклах – $RR_{3.4}=1,1$ (0,7–1,5).

Серед перенесених гінекологічних захворювань у досліджуваних ЖФВ найбільшу групу займали хронічні запальні захворювання статевих органів (ХЗЗСО), які у I групі становили 46,7%, у II групі – 50,0%, у III групі – 53,3%, у IV групі – 43,3%. Проявами цієї патології в жінок, що перенесли артифіційний аборт, була ерозія шийки матки, яка в I групі зустрічалась у 23,3%, у II групі – у 26,7%, у III групі – 30,0%, у IV групі – 23,3%. Такі ж високі показники серед гінекологічних захворювань спостерігалися при різних змінах вегетативного гомеостазу щодо синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ), який в I групі реєструвався у 23,3%, у II групі – у 26,7%, у III групі – у 20,0%, у IV групі – у 16,7%. У 70,0% жінок II групи діагностувалася лейоміома матки.

Середній показник кількості ЖФВ із ХЗЗСО становив 14,5 (14,16–14,84), з ерозією шийки матки – 7,75 (7,4–8,1), СПКЯ – 6,5 (5,98–7,02). Обрахунки вибірки в усіх групах жінок щодо гінекологічних захворювань показало високу достовірність.

Прояви СДВНС за гіпертонічним типом спостерігалися частіше, ніж СВД, за наявності у жінок лейоміоми матки – $OR_{2-1}=1,8$ (0,2–20,4). СДВНС за гіпотонічним типом у жінок проявлялася частіше в разі

таких гінекологічних захворювань, як ХЗЗСО та ерозія шийки матки – $OR_{3-1}=1,1$ (0,4–2,7) та $OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,7).

Прояви за кардіальним типом СДВНС були вищими порівняно з СВД у разі наявності ХЗЗСО – $OR_{4-1}=1,1$ (0,4–3,1), ерозії шийки матки – $OR_{4-1}=1,2$ (0,3–3,9), лейоміоми матки – $OR_{4-1}=1,1$ (0,1–18,9).

У разі наявності в жінок ХЗЗСО ($RR_{1.4}=1,1$ (0,7–1,6)) та СПКЯ ($RR_{1.4}=1,2$ (0,7–2,2)) частіше виявлялися СВД із кардіалгією. При ХЗЗСО ($RR_{2.4}=1,1$ (0,7–1,6)), лейоміоми матки ($RR_{2.4}=1,7$ (0,4–6,4)) та СПКЯ ($RR_{2.4}=1,3$ (0,8–2,3)) частіше спостерігалася СДВНС за гіпертонічним типом із кардіалгією. У разі ХЗЗСО ($RR_{3.4}=1,1$ (0,8–1,7)), ерозії шийки матки ($RR_{3.4}=1,2$ (0,7–2,0)) та СПКЯ ($RR_{3.4}=1,1$ (0,6–2,1)) частіше виявлялася СДВНС за гіпотонічним типом із кардіалгією.

В обстежених ЖФВ реєструвались екстрагенітальні захворювання. Найбільш частим серед них в усіх групах був хронічний тонзиліт, відповідно: у I групі – 16,7%, у II групі – 13,3%, у III групі – 16,7%, у IV групі – 20,0%. У жінок III групи часто зустрічався хронічний цистит (16,7%), а в жінок IV групи – гастрит (16,7%).

Хронічний тонзиліт спостерігався в середньому у 5 (4,62–5,38) досліджуваних ЖФВ, хронічний холецистит – у 3,75 (3,22–4,28), гастрит – у 3,5 (2,75–4,25). Вибірка у всіх групах ЖФВ із супутніми екстрагенітальними захворюваннями була достовірною.

Імовірність проявів СДВНС за гіпертонічним і гіпотонічним типом була вищою, ніж проявів СВД, у разі наявності супутніх екстрагенітальних захворювань, таких як хронічний гастрит і холецистит – відповідно $OR_{2-1}=1,7$ (0,2–11,9) і $OR_{2-1}=1,1$ (0,2–7,6) та $OR_{3-1}=1,5$ (0,2–9,5) і $OR_{3-1}=1,3$ (0,2–7,3). Прояви СДВНС за кардіальним типом у таких жінок були частішими, ніж СВД, – $OR_{4-1}=1,8$ (0,3–11,3).

У разі наявності хронічного холециститу ($RR_{3.4}=1,2$ (0,6–2,4)) частіше реєструвалася кардіалгія у жінок із СДВНС за гіпотонічним типом.

Важливою, на наш погляд, є інформація щодо частоти перенесених артифіційних абортів протягом одного року в обстежених ЖФВ. Більшість жінок у всіх групах протягом року мали 1 аборт (відповідно в I групі – 70,0%, у II групі – 76,7%, у III групі – 73,3%, у IV групі – 66,7%), але значна кількість таких жінок мала і 2 аборти (відповідно в I групі – 23,3%, у II групі – 20,0%, у III групі – 26,7%, у IV групі – 23,3%). Середня кількість досліджуваних жінок, що мали 1 аборт протягом року, становила 21,5 (21,22–21,78), а 2 аборти – 7 (6,68–7,32).

Прояви СДВНС за гіпертонічним типом траплялися частіше, ніж СВД, серед жінок, що протягом року мали 1 аборт, – $OR_{2-1}=1,4$ (0,4–4,5); прояви СДВНС за гіпотонічним типом – у жінок, що мали протягом року 1 аборт ($OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,6)) або 2 аборти ($OR_{3-1}=1,2$ (0,4–3,9)); СДВНС за кардіальним типом – у жінок, що протягом року мали 3 аборти ($OR_{4-1}=2,1$ (0,2–24,1)).

У жінок, що мали протягом року 1 аборт, кардіалгічні прояви реєструвались частіше при СВД ($RR_{1.4}=1,03$ (0,7–1,5)) і при гіпертонічній формі СДВНС ($RR_{2.4}=1,1$ (0,8–1,5)), а в жінок, які мали 1 або 2 аборти протягом року, кардіалгія частіше виявлялася при

гіпотонічній формі СДВНС (відповідно $RR_{3-4}=1,1$ (0,8–1,5) та $RR_{3-4}=1,1$ (0,6–2,0)).

Жінки, що перенесли артіфіційний аборт, мали шкідливі звички. Найчастіше – тютюнопаління, яке в I групі зустрічалося у 23,3% жінок, у II групі – у 16,7%, у III групі – у 20,0%, у IV групі – у 20,0%. Найменшим цей показник був у IV групі – 10,0%. Жінки I та III групи зловживали надмірним вживанням алкоголю – відповідно 10,0% та 6,7%, а жінки II та IV груп надмірно вживали лікарські засоби – відповідно 10,0% та 6,7%. Середня кількість жінок, що палили, становила 6 (4,76–7,28).

У жінок, що надмірно вживали психотропні засоби і ліки, частіше порівняно з СВД траплялися прояви СДВНС за гіпер-, гіпо- та кардіальним типом (відповідно $OR_{2-1}=6,5$ (0,6–76,2), $OR_{3-1}=1,6$ (0,1–29,8) та $OR_{4-1}=8,7$ (0,6–130,1)), а в жінок, що надмірно вживали алкоголь, – СДВНС за гіпотонічним типом ($OR_{3-1}=1,05$ (0,1–7,9)).

У разі тютюнопаління значно частіше виявлялися СВД із кардіалгією ($RR_{1-4}=1,1$ (1,2–3,2)). При тютюнопалінні ($RR_{2-4}=1,3$ (0,7–2,5)) та надмірному вживанні ліків і психотропних засобів ($RR_{2-4}=1,4$ (0,5–3,8)) частіше спостерігалася СДВНС за гіпертонічним типом із кардіалгією. При тютюнопалінні в жінок частіше відмічалася СДВНС за гіпотонічним типом із серцевими проявами ($RR_{3-4}=1,4$ (0,8–2,6)).

Більшість досліджуваних ЖФВ не використовували методи контрацепції (відповідно в I групі – 40,0%, у II групі – 33,3%, у III групі – 46,7% та в IV групі – 36,7%) або застосовували бар'єрні методи контрацепції (відповідно в I групі – 33,3%, у II групі – 46,7%, у III групі – 33,3%, у IV групі – 46,7%). Частина жінок використовувала оральні протизаплідні засоби, найчастіше такими методами користувалися жінки I (23,3%) та II (20,0%) груп.

Середня кількість досліджуваних жінок, що користувалися бар'єрними методами контрацепції, становила 12 (11,33–12,67), а тих, що не користувалися, – 11,75 (11,25–12,25). Достовірність вибірки жінок, що

перенесли артіфіційний аборт та використовували різні види контрацепції, у всіх групах за цими параметрами була висока.

Жінки, що перенесли артіфіційний аборт і використовували бар'єрні методи контрацепції, мали більшу імовірність проявів порушень вегетативного гомеостазу у вигляді СДВНС за гіпертонічним і кардіальним типом, ніж у вигляді СВД, – відповідно $OR_{2-1}=1,8$ (0,6–4,9) та $OR_{4-1}=1,8$ (0,6–4,9). Жінки, що не використовували методи контрацепції і перенесли артіфіційний аборт, частіше мали прояви СДВНС за гіпотонічним типом – $OR_{3-1}=1,3$ (0,5–3,7).

СВД із кардіалгічними проявами частіше виявлявся в жінок, що перенесли артіфіційний аборт, у разі невикористання методів контрацепції ($RR_{1-4}=1,1$ (0,7–1,7)) та застосування оральних контрацептивів ($RR_{1-4}=1,1$ (0,7–2,3)). Така сама тенденція спостерігалася для СДВНС за гіпотонічним типом із серцевими нападами (відповідно $RR_{3-4}=1,1$ (0,6–2,1) та $RR_{3-4}=1,2$ (0,8–1,8)).

Висновки

Прогнозування проявів порушення вегетативного гомеостазу в жінок, що перенесли артіфіційний аборт, дали змогу з'ясувати імовірність виникнення таких змін і обчислити відносний ризик виникнення кардіалгій.

Дослідження клінічної характеристики в жінок фертильного віку, що перенесли артіфіційний аборт та мали порушення вегетативного гомеостазу, дало змогу встановити найважливіші фактори виникнення цього захворювання.

Перспективи подальших досліджень

У жінок, що перенесли артіфіційний аборт, часто зустрічаються клінічні прояви порушення вегетативного гомеостазу, що потребує пильної уваги лікарів акушерів-гінекологів, терапевтів і сімейних лікарів.

Література

1. *Збереження репродуктивного здоров'я жінки – основа формування здорової нації* / В. В. Камінський, Л. Б. Маркін [та ін.] // *Здоров'я України*. – 2008. – № 9. – С. 58–59.
2. *Подольський В. В.* Репродуктивне здоров'я жінок – важлива проблема сучасності / В. В. Подольський // *Здоров'я жінки*. – 2003. – № 1 (13). – С. 100–104.
3. *Подольський Вл. В.* Особливості використання методів контрацепції у жінок фертильного віку, що перенесли медичний аборт / Вл. В. Подольський // *Здоров'я жінки*. – 2014. – № 4 (90). – С. 160–161.
4. *Подольський Вл. В.* Аборт та його наслідки для репродуктивного здоров'я у жінок фертильного віку / Вл. В. Подольський // *Здоров'я жінки*. – 2013. – № 10 (86). – С. 32–34.
5. *Подольський Вл. В.* Клініко-епідеміологічна характеристика жінок фертильного віку мешканок промислового регіону України, що перенесли артіфіційний аборт та особливості використання ними методів контрацепції / Вл. В. Подольський // *Здоров'я жінки*. – 2015. – № 3 (99). – С. 110–114.
6. *Подольський Вл. В.* Стан репродуктивного здоров'я з порушеннями вегетативного гомеостазу / Вл. В. Подольський // *Здоров'я жінки*. – 2013. – № 9 (85). – С. 139–142.
7. *Синчихин С. П.* Аборт в аспекте збереження репродуктивної функції жінки / С. П. Синчихин // *Астраханський мед. журнал*. – 2007. – № 1. – С. 1–3.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.05.2015 р.

Прогнозирование проявлений нарушения вегетативного гомеостаза и клиническая характеристика женщин фертильного возраста, перенесших искусственный аборт

В.В. Подольский

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

Цель – провести прогнозирование проявлений нарушений вегетативного гомеостаза и представить клиническую характеристику женщинам фертильного возраста, перенесшим искусственный аборт.

Материалы и методы. Обследовано 360 женщин с нарушениями вегетативного гомеостаза (синдромом вегетативной дисфункции, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы по гипертоническому, гипотоническому и кардиального типу) и изменениями репродуктивного здоровья (искусственным абортом, бесплодием и лейомиомой матки). Состояние вегетативной нервной системы определено с помощью: шкалы вегетативных симптомов по Вейну А.М., проведения функциональных проб (ортостатической, клиностатической, пробы Ашнера, солярного рефлекса Томару, кожно-сердечного рефлекса) и компьютерной кардиоинтервалографии.

Результаты. Прогнозирование проявлений нарушения вегетативного гомеостаза у женщин, перенесших искусственный аборт, позволили выяснить вероятность возникновения таких изменений и вычислить относительный риск возникновения кардиалгий. Исследование клинической характеристики у женщин фертильного возраста, которые перенесли искусственный аборт и имели нарушения вегетативного гомеостаза, позволило определить важнейшие факторы возникновения этого заболевания.

Выводы. У женщин, перенесших искусственный аборт, часто встречаются клинические проявления нарушения вегетативного гомеостаза, что требует пристального внимания врачей акушеров-гинекологов, терапевтов и семейных врачей.

Ключевые слова: женщины фертильного возраста, искусственный аборт, прогнозирование, нарушения вегетативного гомеостаза, шансы возникновения изменений и риск возникновения кардиалгий.

Prediction of manifestation of autonomic homeostasis violations and clinical characteristics of fertile aged women, who had an artificial abortion

Vi.V. Podolsky

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to conduct forecasting of manifestations of autonomic homeostasis violations and provide clinical characteristics of fertile aged women that had artificial abortion.

Materials and methods. We surveyed 360 women with violations of autonomic homeostasis (autonomic dysfunction syndrome, somatoform dysfunction of autonomic nervous system of hypertonic, hypotonic and cardiac type) and changes in reproductive health (artificial abortion, infertility and uterine leiomyoma). State of the autonomic nervous system is determined by: the scale of autonomic symptoms by Vein A.M., by providing functional tests (orthostatic, clinostatic, Ashner reflex, Tomaru solar reflex, eye-cardio reflex) and computer cardiointervalography.

Results. Prediction manifestations of violations of autonomic homeostasis in fertile aged women that had an artificial abortion allowed to find out the chances of such changes and calculate the relative risk of cardialgia. The study of clinical characteristics in fertile aged women that had an artificial abortion and violations of autonomic homeostasis find out the most important factors of this disease.

Conclusions. In women that had an artificial abortion frequently encountered clinical manifestations of autonomic homeostasis violations that require attention of obstetricians and gynecologists, internists and family physicians.

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

Відомості про автора

Подольський Володимир Васильович – к.мед.н., с.н.с., керівник наукової групи, зав. відділення проблем здоров'я жінки фертильного віку ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»; вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, 04050, Україна.