

Особенности клинико-вегетативных нарушений у женщин с сочетанной патологией матки в постменопаузе

В.А. Шамрай

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

У женщин постменопаузального возраста, имеющих метаболический синдром, были достоверно более выражены сочетанные жалобы (со стороны ряда систем, перенесенные ранее аномалии менструального цикла) при сопоставлении с аналогичными показателями пациенток без метаболического синдрома. Кроме того, можно констатировать достоверное преобладание тревоги в актуальном психическом состоянии, а также тревожности как личностной характеристики у женщин с проявлениями метаболического синдрома. Доля высокотревожных личностей (суммарный балл выше 46) среди женщин с сочетанной патологией матки и метаболическим синдромом была достоверно выше по сравнению с женщинами постменопаузального периода без метаболического синдрома. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: клинико-вегетативные нарушения, сочетанная патология матки, постменопаузальный период.

В связи с увеличением средней продолжительности жизни, наблюдающимся в настоящее время, особое значение приобретают различные аспекты, определяющие качество жизни женщин в постменопаузе, в том числе изменения в психовегетативной сфере.

Несмотря на достаточную изученность климактерического синдрома [1–8], конкретные особенности вегетативной симптоматики у женщин, предъявляющих активные жалобы и у неимеющих таковых, в полной мере не определены. Помимо вазомоторных симптомов климактерического синдрома (КС), от 16% до 31% женщин в пери- и постменопаузе отмечают ухудшение настроения, возникновение депрессивных нарушений [1, 2]. С точки зрения других авторов [3, 4], существование менопаузального синдрома, характеризующегося высоким уровнем депрессии, ставится под сомнение. В большинстве работ, посвященных изучению состояния психовегетативной сферы в постменопаузе, основное внимание уделяется клиническим исследованиям тревожных и депрессивных расстройств, при этом недостаточно изучены остаются факторы, которые, возможно, играют роль в их развитии (в частности, индивидуальные характеристики личности и способы преодоления стресса).

Цель исследования: изучить особенности вегетативных нарушений у женщин с сочетанной патологией матки в постменопаузе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем исследовании 80 пациенток были разделены на две группы: основная — женщины с сочетанной патологией матки (СПМ) и явлениями метаболического синдрома (МС) (50 обследованных) и контрольная — женщины с сочетанной патологией матки без МС (30 пациенток).

В понятие СПМ мы объединили патологию эндо- и мио-метрии: патология эндометрия в сочетании с лейомиомой матки (ЛМ), патология эндометрия и аденомиоз (АМ), АМ и ЛМ, а также все три патологии одновременно. В понятие «патология эндометрия» мы включили: гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), полипы эндометрия (ПЭ) железистую гиперплазию эндометрия (ЖГЭ) и атипию эндометрия (АЭ) (при условии наличия метроррагии).

При сборе анамнеза зафиксированы разнообразные жалобы обследуемых женщин со стороны психоэмоциональной сферы.

Психовегетативные расстройства оценивали у женщин в постменопаузе с активными жалобами на различные симптомы КС и без таковых. Оценку степени тяжести КС проводили с помощью модифицированного менопаузального индекса, который включал в себя 3 шкалы, по ним проводили балльную оценку вегетативных, метаболических и психоэмоциональных расстройств. Степень тяжести КС определяется суммой баллов всех шкал. Слабую степень выраженности КС диагностируют при условии, если сумма была меньше или равна 12–34 баллам, умеренную — 35–58 баллам, тяжелую — более 58 баллов.

Уровень реактивной и личностной тревоги определяли с помощью теста Спилберга–Ханина. Шкала представляет собой семантический дифференциал для измерения степени выраженности тревоги как состояния (реактивная тревожность) и как черты личности (личностная тревожность). Личностная тревожность — относительно устойчивая характеристика — черта, дающая представление о предрасположенности человека воспринимать довольно широкий круг ситуаций как угрожающие, реагировать на ситуации с состоянием тревожности различного уровня. Степень выраженности реактивной тревожности рассматривалась как эмоциональное состояние, характеризующееся субъективным ощущением внутреннего напряжения и беспокойства, сопровождающегося активацией вегетативной нервной системы. В социальной среде повышение эмоционального напряжения, не имея продуктивного поведенческого выхода, часто приводит не к увеличению адаптационных возможностей, а к их снижению за счет возникновения невротических расстройств.

Опросник содержал 40 вопросов: с 1-го по 20-й отражают состояние «реактивной» тревожности, а с 21-го по 40-й — «личностную» тревожность, повседневное самочувствие. Для снижения вероятности образования установки на положительные и отрицательные вопросы в каждую из подшкал включено примерно одинаковое число суждений, характеризующих высокую и низкую степени тревожности. При обработке результатов учитывали балльную оценку реактивной тревожности по сумме: в подшкалах 1, 2, 5, 8, 10, 15, 16, 19, 20 — для оценки реактивной тревожности; в подшкалах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 — суммировались баллы для оценки личностной

тревожности. Общий итоговый показатель для каждой из подгрупп находился в диапазоне от 20 до 80 баллов: чем больше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании пациенток обеих групп нами выявлены следующие виды СПМ:

- ЛМ и АЭ – у $20,22 \pm 2,25\%$ наблюдаемых группы с МС и у $14 (17,07 \pm 1,15\%)$ группы без МС;
- ЛМ и ПЭ – у $33,71 \pm 3,01\%$ обследуемых основной группы и у $21,95 \pm 2,57\%$ контрольной ($p < 0,01$);
- ЛМ в сочетании с ЖГЭ – у $7,87 \pm 1,85\%$ женщин основной группы, в контрольной группе не выявлена ($p < 0,001$);
- ЛМ в сочетании с АМ и ПЭ – у $4,49 \pm 1,19\%$ пациенток, имеющих МС, и у $2,44 \pm 0,74\%$ без признаков МС.

Изолированная патология эндометрия в основной и контрольной группах представлена следующим образом:

- АЭ в группе с МС – у $11,24 \pm 1,34\%$ женщин и у $28,05 \pm 2,96\%$ ($p < 0,001$) без МС;
- ПЭ – у $17,98 \pm 1,01\%$ пациенток основной группы и у $30,49 \pm 3,08\%$ ($p < 0,001$) группы контроля;
- ЖГЭ – $4,49 \pm 1,19\%$ ($p < 0,001$) основной группы, в группе контроля ЖГЭ не диагностирована.

Итак, в основной группе достоверно чаще диагностированы сочетания ЛМ и ЖГЭ, ЛМ и ПЭ, при изолированной форме патологии эндометрия также в группе с МС чаще встречались ГЭ. В группе контроля при изолированной форме патологии эндометрия достоверно чаще выявлены АЭ и ПЭ.

При анализе возраста проспективно обследованных больных в подгруппах, в свою очередь распределенных по наличию изолированной или сочетанной форм патологии эндо- и миометрия, было отмечено, что в основной группе с наличием изолированной патологии эндометрия (ИПЭ) средний возраст составил $60,51 \pm 1,51$ года, с СПМ – $57,86 \pm 0,99$ года, в контрольной группе с ИПЭ – $60,54 \pm 1,34$ и с СПМ – $58,02 \pm 1,53$ года ($p > 0,05$). Итак, возраст больных был незначительно меньшим в подгруппах с СПМ ($p > 0,05$) обеих групп.

Женщины с проявлениями МС и ИПЭ по продолжительности постменопаузы были распределены следующим образом: продолжительность постменопаузы до 5 лет – у $33,33 \pm 3,06\%$, 6–10 лет – у $33,33 \pm 3,06\%$, более 11 лет – у $33,34 \pm 3,06\%$ пациенток. Среди пациенток без проявлений МС с изолированной формой патологии эндометрия было $35,42 \pm 3,90\%$; $35,42 \pm 3,90\%$; $29,17 \pm 2,56\%$ женщин соответственно.

Клиническая симптоматика у наблюдаемых женщин отличалась значительным разнообразием симптомов, что обусловлено различными факторами: длительностью заболевания, сочетанием нескольких патологических процессов половых путей, особенностями предшествующего проводимого лечения, соматической патологией. В основном клиническая картина гиперпластических процессов матки у обследуемых женщин характеризовалась маточными кровотечениями (различной степени выраженности и продолжительности) и болевым синдромом.

Все пациентки на момент поступления отмечали жалобы на кровянистые выделения из половых путей, каждая третья женщина основной группы имела их в анамнезе. Жалобы на боль внизу живота предъявляли $43,82 \pm 2,25\%$ пациенток основной и $36,59 \pm 2,31\%$ – контрольной группы ($p < 0,05$); ациклические маточные кровотечения в анамнезе отмечены у $32,58 \pm 2,96\%$ и $12,20 \pm 1,61\%$ ($p < 0,001$) женщин соответственно.

Боль в поясничной области имели $25,84 \pm 1,64\%$ пациенток, имеющих признаки МС, и $10,98 \pm 1,45\%$ – не имеющих МС ($p < 0,001$). Поллакурия, дизурия, стрессовое недержани-

е мочи беспокоили $16,85 \pm 1,96\%$ женщин основной и $10,98 \pm 1,45\%$ – контрольной ($p < 0,05$) групп. Жалобы со стороны других систем предъявляли $89,89 \pm 3,19\%$ и $81,71 \pm 3,26\%$ женщин соответственно ($p < 0,05$).

На наш взгляд, столь выраженное обилие жалоб обусловлено возрастом и в основном наличием метаболических нарушений. Анализ жалоб больных обеих групп позволяет сделать вывод о том, что маточные кровотечения у пациенток с ИПЭ и СПМ на фоне МС или без него является основным симптомом и поводом для обращения за медицинской помощью среди женщин данной возрастной группы. Длительность течения СПМ составила $11,5 \pm 1,7$ года у пациенток основной группы и $10,87 \pm 1,6$ – в группе контроля. Из этого видно, что с увеличением возраста увеличивается и длительность патологического процесса.

Продолжительность кровянистых выделений на момент поступления в гинекологическое отделение в основной группе составила $1,4 \pm 0,07$ мес, в группе контроля – $1,2 \pm 0,08$ мес, что свидетельствует о недостаточной медицинской грамотности пациенток и неадекватности наблюдения в женской консультации за этой группой больных.

Итак, у женщин постменопаузального возраста, имеющих МС, были достоверно более выражены сочетанные жалобы (со стороны ряда систем, перенесенные ранее аномалии менструального цикла) при сопоставлении с аналогичными показателями пациенток без наличия МС.

Полученные результаты дополнительных методов исследований свидетельствуют, что жалобы на утомляемость, снижение памяти, слезливость/возбудимость предъявляли $43 (86,44 \pm 4,45\%)$ пациентки основной группы и $16 (53,34 \pm 5,56\%)$ группы контроля. Навязчивые идеи в форме подозрительности/страхов отмечали $49 (83,05 \pm 4,88\%)$ и $15 (44,12 \pm 4,51\%)$ больных соответственно.

Тяжесть КС в основной группе составила $38,86 \pm 1,01$ балла, в группе контроля – $31,18 \pm 0,95$ ($p < 0,001$).

У женщин, страдающих МС, выявлена высокая интенсивность вегетативных расстройств при одинаковой количественной представленности, что и обусловило тяжесть КС: $20,1 \pm 0,69$ балла в основной группе, $17,58 \pm 0,55$ ($p < 0,01$) балла в группе контроля. У больных с проявлениями МС более часто наблюдались метаболические расстройства: средний балл – $8,23 \pm 0,25$ и $4,76 \pm 0,27$ ($p < 0,001$) – в группе без МС. При анализе психоэмоциональных проявлений КС отмечалась достаточная их выраженность в обеих группах: $10,35 \pm 0,23$ балла в основной и $8,82 \pm 0,36$ ($p < 0,001$) – в контрольной группах.

Были выявлены более высокий уровень реактивной тревоги, характеризующий самочувствие в данный момент: $50,46 \pm 1,23$ балла у женщин основной группы и $43,13 \pm 1,38$ ($p < 0,01$) у пациенток группы контроля. Эти данные подтверждаются высоким уровнем соматовегетативных нарушений, что может быть проявлением соматизации тревоги (многообразные жалобы со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем) у женщин с МС. Уровень личностной тревоги в основной группе также оказался выше: $48,21 \pm 1,00$ балла, в группе контроля $42,13 \pm 1,73$ ($p < 0,05$) баллов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, у женщин постменопаузального возраста, имеющих МС, были достоверно более выражены сочетанные жалобы (со стороны ряда систем, перенесенные ранее аномалии менструального цикла) при сопоставлении с аналогичными показателями пациенток без МС. Кроме того, можно констатировать достоверное преобладание тревоги в актуальном психическом состоянии, а также тревожности

как личностной характеристики у женщин с проявлениями МС. Доля высокотревожных личностей (суммарный балл выше 46) среди женщин с СПМ и МС составила $67,50 \pm 6,10\%$, значительно отличаюсь от женщин постменопаузального периода без МС – $47,62 \pm 4,89\%$ ($p < 0,01$). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Особенности клініко-вегетативних порушень у жінок з поєднаною патологією матки в постменопаузі
В.А. Шамрай

У жінок постменопаузального віку з метаболічним синдромом були достовірно більш виражені поєднані скарги (з боку низки систем, перенесені раніше аномалії менструального циклу) при зіставленні з аналогічними показниками пацієток без метаболічного синдрому. Крім того, можна констатувати достовірно переважання тривоги в актуальному психічному стані, а також тривожності як особової характеристики у жінок з проявами метаболічного синдрому. Частка високотривожних осіб (сумарний бал вище 46) серед жінок з поєднаною патологією матки і метаболічним синдромом була достовірно вище в порівнянні з жінками періоду постменопаузи без метаболічного синдрому. Отримані

результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: клініко-вегетативні порушення, поєднана патологія матки, період постменопаузи.

Features of clinical-vegetative infringements at women with complex uterus pathology in postmenopausa
V.A. Shamraj

Thus, at women postmenopausal age, having a metabolic syndrome, have authentically been more expressed complex complaints (from a number of the systems, transferred before anomaly of menstrual cycle) by comparison to similar indicators of patients without presence of a metabolic syndrome. Besides, it is possible to ascertain authentic prevalence of alarm in an actual mental condition, and also uneasiness as personal characteristic at women with displays of a metabolic syndrome. The share highalarm persons (a total point above 46) among women with complex pathology of a uterus and a metabolic syndrome was authentically above in comparison with women postmenopausal period without a metabolic syndrome. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: clinical-vegetative infringements, complex uterus pathology, postmenopausal period.

Сведения об авторе

Шамрай Владимир Анатольевич – Винницкий областной клинический онкодиспансер, 21000, г. Винница, Хмельницкое шоссе, 84; тел.: (050) 505-58-51. E-mail: shamrayva@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

<p>1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.</p> <p>2. Аккер Л.В. Течение постовариетомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболіческих изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинеко-</p>	<p>логия. – 2004. – № 5. – С. 34–38.</p> <p>3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулаковский // Проблемы перименопаузального периода. – М., 2006. – С. 6–7.</p> <p>4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. – СПб.: СПб МАПО, 2005. – 438 с.</p>	<p>5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.</p> <p>6. Бреусенко В.Г. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы / В.Г. Бреусенко, Л.Н. Демина, Ю.А. Голова и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 67–72.</p> <p>7. Вихляева Е.М. Руководство по эн-</p>	<p>докринной гинекологии: Руководство для врачей / Е.М. Вихляева. – М.: МИА, 2009. – 768 с.</p> <p>8. Григорян О.Р. Терапия метаболіческого синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболіческого синдрома у женщин в период постменопаузы / О.Р. Григорян // Справочник поликлинического врача: журн. – 2006. – № 1. – С. 61–63.</p>
---	---	--	--

Статья поступила в редакцию 25.02.2013