

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Резюме. Заболевания эндометрия являются распространенной гинекологической патологией, частота которой значительно увеличивается к периоду менопаузы. Этот возрастной период связан также с высоким процентом перехода начальных вегетативных изменений и нарушений в более тяжелые состояния. Анализ особенностей соматических и вегетативных проявлений помогает дифференцировать их психосоматический или психовегетативный характер и оптимизировать комплексную терапию.

Цель исследования – выявить признаки вегетативной дисфункции (ВД) у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста, страдающих патологией эндометрия (ПЭ).

Материалы и методы. Изучены клинико-анамнестические особенности, вегетативный профиль, психологический статус и качество жизни 325 женщин 35–55 лет с патологией эндометрия. Для диагностики ВД использовали балльный опросник А. М. Вейна. Профиль личности оценивали у 176 женщин группы с ПЭ при помощи теста FPI, предназначенного для диагностики психических состояний и свойств личности. Для изучения качества жизни использовали опросник здоровья SF-36.

Результаты исследований и их обсуждение. Согласно результатам тестирования по опроснику Вейна, у 74,5 % пациенток выявлена выраженная вегетативная дисфункция. Обобщая полученные результаты, прежде всего, следует отметить очень высокие баллы ВД при ПЭ – в ¼ случаев они были выше нормы, в каждом втором – превышали 27 баллов, хотя в группе ПЭ был представлен почти весь диапазон состояний вегетативного профиля: от 3 до 60 баллов, при возможных от 0 до 60. При этом лишь 11,6 % женщин с выраженной ВД обращались за медицинской помощью в связи с патологией вегетативной системы. Установлено, что наличие вегетативных нарушений ассоциируется с повышенной невротичностью пациенток, снижением качества жизни и повышенной частотой рецидивов патологии эндометрия.

Выводы. Сделан вывод о том, что сочетание патологии эндометрия с вегетативной дисфункцией существенно отягощает прогноз лечения, в связи с чем следует изучать состояние вегетативного профиля при обследовании женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с патологией эндометрия.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция; патология эндометрия; поздний репродуктивный возраст; менопауза; опросник Вейна.

ВВЕДЕНИЕ Заболевания эндометрия являются распространенной гинекологической патологией, частота которой значительно увеличивается к периоду перименопаузы [6, 11, 14]. Этот возрастной период связан также с высоким процентом перехода начальных вегетативных изменений и нарушений в более тяжелые состояния [1, 3, 8, 17]. 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, 16].

Причиной ВД являются психические нарушения тревожно-депрессивного характера, как правило, невротического, связанного со стрессом генеза, реже эти нарушения индуцируются эндогенными заболеваниями [2, 4, 5, 8–10, 16]. Известно, что тревога и депрессия в своей клинической картине, наряду с психическими симптомами, имеют соматические или вегетативные нарушения [4, 5, 16]. В основе развития соматизации тревожно-депрессивных расстройств лежит процесс перехода эмоциональных переживаний через сложную систему вегетативных сдвигов в соматические симптомы [2, 8, 13, 15]. В результате нарушений интегративной деятельности надсегментарных вегетативных структур (лимбико-ретикулярного комплекса) развивается дезинтеграция вегетативных, эмоциональных, сенсомоторных, эндокринно-висцеральных соотношений [3, 10].

Обладая различной модальностью, вегетативные расстройства оказываются вовлеченными в патогенез многих заболеваний, что обусловлено универсальным участием вегетативной нервной системы (ВНС) в процессах адаптации как регулятора гомеостаза и гомеонеза [3, 8, 10, 17]. Крайне важным является применение

простых неинвазивных тестов, позволяющих в клинических условиях дать количественную оценку функционального состояния ВНС. Анализ особенностей соматических и вегетативных проявлений помогает дифференцировать их психосоматический или психовегетативный характер [1, 3, 5, 7, 13, 16] и оптимизировать комплексную терапию практически любого заболевания [1, 4, 7, 13, 16].

Целью исследования было выявить признаки ВД у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста, страдающих патологией эндометрия (ПЭ), а также исследовать клинико-анамнестические и психоэмоциональные корреляты ВД у этих пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ Мы 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). Полип эндометрия, гиперплазия эндометрия, хронический эндометрит и синехии отмечались соответственно у 59,1; 30,5; 34,8 и 6,2 % женщин с ПЭ.

Для диагностики ВД использовали балльный опросник А. М. Вейна (1998). Выраженный синдром ВД (сумма баллов по опроснику более 15) был выявлен у 242 женщин с ПЭ. Эти пациентки составили группу ПЭвд, остальные 83 женщины вошли в группу ПЭк.

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.

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, обус-

ловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и психическое здоровье. Оценки каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье.

Статистическую обработку данных проводили, используя ранговый критерий Манна–Уитни, χ^2 -критерий, точный критерий Фишера и ранговую корреляцию Спирмена. При проверке статистических гипотез критический уровень значимости принимали равным 0,05. Кроме того, оценивали отношения шансов (ОШ) с 95 % доверительными интервалами (ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ Средний возраст женщин группы ПЭ составил ($42,8 \pm 0,47$) (40; 37–43: здесь и далее после средней величины в скобках указаны значения медианы и I–III квартилей) года и не имел значимого отличия от показателя контрольной группы – ($39,5 \pm 0,71$) (38; 37–42) года, $p > 0,05$.

Оценки тестирования по опроснику А. М. Вейна в контрольной группе колебались от 4 до 31, в группе ПЭ – от 3 до 60 баллов, и в среднем равнялись ($12,2 \pm 1,25$) (11; 7,75–14) и ($27,7 \pm 0,79$) (27; 15–39) балла соответственно, $p < 0,001$.

На фоне ПЭ выраженная ВД выявлялась в 5,6 раза чаще, чем в контроле (рис. 1): ОШ=3,12; ДИ=1,21–8,03;

$p < 0,001$. При ПЭ значимо чаще отмечались обмороки (в контроле не зарегистрировано ни одного случая, в группе ПЭ – у каждой 4–5 женщины, $p < 0,001$), нарушения функции желудочно-кишечного тракта (ОШ=12,53; ДИ=4,27–36,80; $p < 0,001$), головные боли (ОШ=10,63; ДИ=3,16–35,74; $p < 0,001$), поверхностный сон (ОШ=8,11; ДИ=1,09–60,55; $p < 0,008$), изменение окраски пальцев (ОШ=7,53; ДИ=1,01–56,29; $p < 0,02$), низкая работоспособность (ОШ=6,30; ДИ=2,15–18,47; $p < 0,001$), усталость при пробуждении утром (ОШ=4,18; ДИ=1,24–14,08; $p < 0,008$), сердцебиение (ОШ=2,97; ДИ=1,01–8,74; $p < 0,03$).

В целом, разнообразными нарушениями сна страдали 16,7 % здоровых и 58,5 % женщин с ПЭ (ОШ=7,04; ДИ=2,63–18,84; $p < 0,001$). В структуре вегетативных нарушений контрольной группы доминировали повышенная потливость и онемение / похолодание пальцев, группы ПЭ – нарушение функции желудочно-кишечного тракта и головные боли (рис. 1).

Изучение анамнеза пациенток с ПЭ показало (табл. 1), что частота нарушений МЦ в группах ПЭвд и ПЭк практически не различалась.

Статистические характеристики менструальной функции и акушерского анамнеза в группах с ПЭ также были сопоставимы: раннее менархе наблюдалось у 8,3 % женщин группы ПЭвд и 12,0 % группы ПЭк, $p > 0,05$; позднее – соответственно у 13,2 и 8,4 %, $p > 0,05$; обильные месячные – у 51,7 и 56,6 %, $p > 0,05$; альгоменорея – у

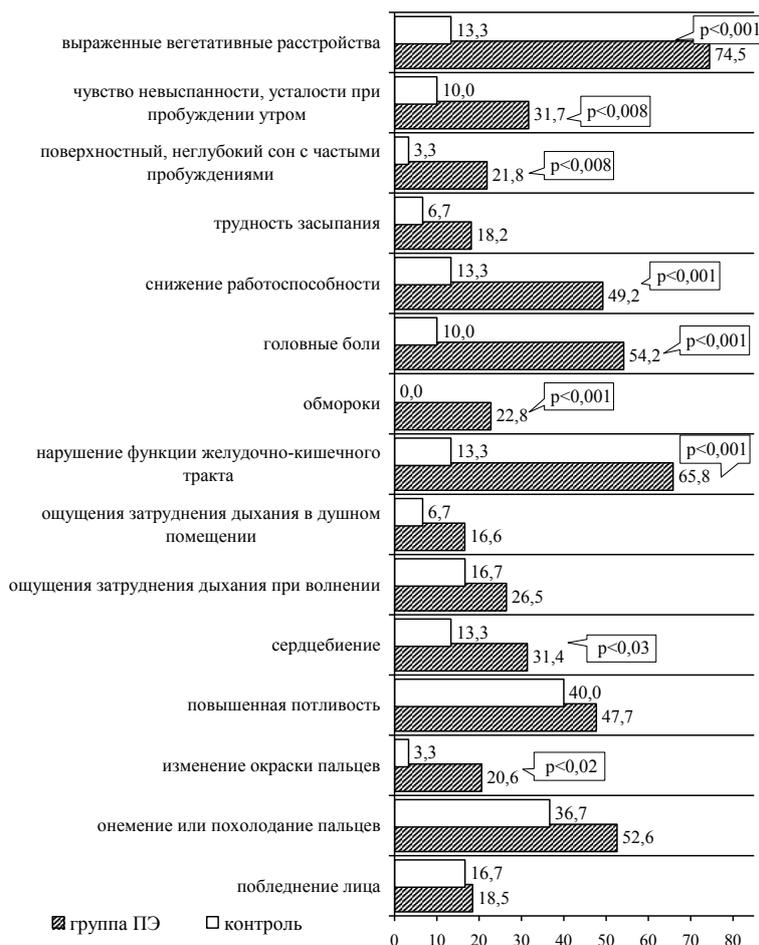


Рис. 1. Частота симптомов ВД в группах исследования, %.

Примечание. Для вычисления значимости использовали χ^2 - и точный критерий Фишера.

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

Показатель	Группа ПЭвд, n=242	Группа ПЭк, n=83
Нарушения менструального цикла	87 (36,0 %)	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 (19,0 %) **	5 (6,0 %)
Синдром поликистозных яичников	12 (5,0 %) *	0 (0,0 %)
Аднексит	113 (46,7 %)	35 (42,2 %)
Эндометриоз	37 (15,3 %) ***	2 (2,4 %)
Генитальные операции, в том числе • операции на матке	154 (63,6 %) ** 127 (52,5 %) *	38 (45,8 %) 32 (38,6 %)
Патология молочной железы	34 (14,0 %)	5 (6,0 %)
Заболевания дыхательной системы	130 (53,7 %) **	29 (34,9 %)
Патология пищеварительного тракта, в том числе • заболевания печени	80 (33,1 %) ** 61 (25,2 %) **	15 (18,1 %) 10 (12 %)
Патология щитовидной железы	36 (14,9 %) *	6 (7,2 %)
Ожирение I–II степеней	24 (9,9 %)	3 (3,6 %)
Ожирение III–IV степеней	26 (10,7 %)	4 (4,8 %)
Вегето-сосудистая дистония	28 (11,6 %)	6 (7,2 %)
Тонзиллит	29 (12,0 %) *	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 (6,0 %)
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 χ^2 - критерий и точный критерий Фишера), соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

41,7 и 36,1 %, $p > 0,05$; отсутствие беременностей – у 14,0 и 21,7 %, $p > 0,05$; медицинские аборт – у 59,1 и 60,2 %, $p > 0,05$; роды – у 69,4 и 62,7 %, $p > 0,05$; самоаборты – у 18,2 и 10,8 %, $p > 0,05$; внематочная беременность – у 7,0 и 7,2 %, $p > 0,05$.

Не было обнаружено значимого различия между группами и в отношении частоты бесплодия, полипов эндометрия, гиперплазии эндометрия, аднексита, эктопии и дисплазии шейки матки, а также патологии молочной железы (табл. 1). При этом анамнез пациенток группы ПЭвд значимо чаще отягощали эндометриоз (ОШ=7,31; ДИ=1,72–31,04; $p < 0,001$), кисты яичников (ОШ=3,66; ДИ=1,40–9,56; $p < 0,003$) и миома матки (ОШ=2,83; ДИ=1,53–5,24; $p < 0,001$). Операции на гениталиях чаще выполнялись женщинам группы ПЭвд (ОШ=2,07; ДИ=1,25–3,43; $p < 0,004$), в том числе на матке (ОШ=1,76; ДИ=1,06–2,93; $p < 0,02$).

На фоне ВД у пациенток с ПЭ существенно чаще отмечалась соматическая патология (табл. 1): 59,9 против 43,4 %, (ОШ=1,95; ДИ=1,18–3,23; $p < 0,007$). Шансы ВД повышались при заболеваниях печени (ОШ=2,46; ДИ=1,20–5,06; $p < 0,008$); в целом пищеварительной системы (ОШ=2,24; ДИ=1,20–4,16; $p < 0,006$); дыхательной системы (ОШ=2,16; ДИ=1,29–3,63; $p < 0,003$) и аллергии (ОШ=2,32; ДИ=1,05–5,13; $p < 0,03$). При этом частота ве-

гето-сосудистой дистонии в анамнезе пациенток группы ПЭвд совсем незначительно превышал показатель группы ПЭк – всего на 4,3 % ($p > 0,05$).

При тестировании по опроснику FPI (табл. 2), личностный профиль пациенток с ВД отмечали высокие уровни невротичности (ОШ=6,01; ДИ=2,37–15,24; $p < 0,001$), открытости (ОШ=3,30; ДИ=1,29–8,39; $p < 0,006$) и эмоциональной лабильности (ОШ=2,62; ДИ=1,02–6,71; $p < 0,03$). Результаты изучения личностных коррелятов балльной оценки ВД приводим в порядке убывания значимых коэффициентов: невротичность ($p = 0,60$, $p < 0,001$), раздражительность ($p = 0,32$, $p < 0,001$), депрессивность ($p = 0,29$, $p < 0,001$), открытость ($p = 0,29$, $p < 0,001$), эмоциональная лабильность ($p = 0,28$, $p < 0,001$), застенчивость ($p = 0,22$, $p < 0,001$).

Анализ данных по шкалам SF-36 показал, что оценки физического функционирования в группе ПЭвд составили (84,3±1,15) (85; 80–95), в группе ПЭк – (86,6±2,73) (95; 81,3–95) балла, $p < 0,03$; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, соответственно (69,5±2,85) (75; 50–100) и (89,4±3,45) (100; 75–100) балла, $p < 0,001$; боли – (72,9±1,98) (74; 52–100) и (91,0±2,5) (100; 84–100) балла, $p < 0,001$; общего здоровья – (60,6±1,39) (60; 50–72) и (65,8±2,06) (67; 57–75) балла, $p > 0,05$; жизненной активности – (54,6±1,58) (55; 40–70) и

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

Шкала опросника FPI	Группа ПЭвд, n=136	Группа ПЭж, n=40
Высокая невротичность	70 (51,5 %) ***	6 (15,0 %)
Высокая спонтанная агрессивность	10 (7,4 %)	0 (0,0 %)
Высокая депрессивность	27 (19,9 %)	5 (12,5 %)
Высокая раздражительность	37 (27,2 %)	8 (20,0 %)
Высокая общительность	31 (22,8 %)	11 (27,5 %)
Низкая уравновешенность	69 (50,7 %)	18 (45,0 %)
Высокая реактивная агрессивность	14 (10,3 %)	3 (7,5 %)
Высокая застенчивость	62 (45,6 %)	12 (30,0 %)
Высокая открытость	50 (36,8 %) **	6 (15,0 %)
Низкая экстраверсия	66 (48,5 %)	24 (60,0 %)
Высокая эмоциональная лабильность	43 (31,6 %) *	6 (15,0 %)
Высокий феминизм	88 (64,7 %)	26 (65,0 %)

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

(67,8±2,47) (70; 61,25–80) балла, $p < 0,001$; социального функционирования – (73,4±1,64) (75; 62,5–87,5) и (85,3±2,19) (87,5; 75–100) балла, $p < 0,001$; эмоционального функционирования – (65,9±3,04) (66,7; 33,3–100) и (80,8±4,61) (100; 66,7–100) балла, $p < 0,004$; психического здоровья – (56,9±1,31) (56; 48–68) и (68±2,50) (68; 60–80) балла, $p < 0,001$.

Из шкал, формирующих физический компонент здоровья, у пациенток группы ПЭвд, в сравнении с женщинами без ВД, более выражено были снижены оценки шкал болевого синдрома и ролевого функционирования, т. е. их повседневная деятельность была значительно ограничена болью и физическим состоянием. В психической сфере качества жизни при ВД сильнее всего страдали эмоциональное функционирование и жизнеспособность.

К числу значимых взаимосвязей балльной оценки ВД следует причислить корреляции по шкалам опросника SF-36: боль ($r = -0,43$, $p < 0,001$); жизненная активность ($r = -0,34$, $p < 0,001$); социальное функционирование ($r = -0,29$, $p < 0,001$), физическое функционирование ($r = -0,28$, $p < 0,001$) и эмоциональное функционирование ($r = -0,24$, $p < 0,001$).

Гистероскопические диагнозы имели следующие распределения: полипы эндометрия были выявлены у 134 (55,4 %) пациенток ПЭвд и 58 (69,9 %) группы ПЭж, $p < 0,02$; гиперплазия эндометрия – соответственно у 69 (28,5 %) и 30 (36,1 %), $p > 0,05$; хронический эндометрит – у 91 (37,6 %) и 22 (26,5 %), $p < 0,05$; синехии – у 19 (7,9 %) и 1 (1,2 %), $p < 0,02$; аденомиоз – у 49 (20,2 %) и 7 (8,4 %), $p < 0,008$; субмукозная миома матки – у 29 (12,0 %) и 2 (2,4 %), $p < 0,005$. Таким образом, к специфике ВД на фоне ПЭ можно отнести поражения миометрия и воспалительные процессы в эндометрии.

Изучение отдаленных результатов лечения ПЭ показало, что при ВД частота рецидива полипов эндометрия составила 41 (30,6 %) против 8 (13,8 %) в группе ПЭж (ОШ=2,76; ДИ=1,20–6,33; $p < 0,02$); гиперплазии эндометрия – 22 (31,9 %) против 3 (10,0 %) (ОШ=4,21; ДИ=1,15–15,39; $p < 0,03$); хронического эндометрита – 82 (90,1 %) против 13 (59,1 %) (ОШ=6,31; ДИ=2,11–18,83; $p < 0,001$).

Обобщая полученные результаты, прежде всего, следует отметить очень высокие баллы ВД при ПЭ – в ¼ случаев они были выше нормы, в каждом втором –

превышали 27 баллов, хотя в группе ПЭ был представлен почти весь диапазон состояний вегетативного профиля: от 3 до 60 баллов при возможных от 0 до 60. При этом, лишь 11,6 % женщин с выраженной ВД 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, страдающих 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 свидетельствовали о неполноценности функций церебральных регуляторных механизмов и также тесно ассоциировались с психоэмоциональными перегрузками.

Данное исследование показало, что ПЭ сочетается с широким спектром гинекологических и соматических факторов риска ВД: миома матки, кисты яичника, эндометриоз, заболевания дыхательной и гепатобилиарной систем, аллергия. Из этих факторов наиболее высокое ОШ имел эндометриоз. С. Г. Миловинова [9] выявила, что аденомиоз ассоциируется с недостаточной активацией симпатико-адреналовой системы и сниженной реактивностью парасимпатического отдела ВНС, а Л. Е. Радецкая [12] доказала, что низкий порог устойчивости к эмоциональному стрессу и нейротизм предрасполагают к развитию эндометриоза. Эти данные перекликаются с результатами нашего социо-психологического анализа, показавшего, что при ПЭ в процесс вегетативной дисрегуляции активно вовлекается личностный аспект.

Профиль шкал FPI женщин с ВД свидетельствовал о низком уровне адаптации к социальному окружению, тревожности, уязвимости личности, 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 генерализован-

ванного тревожного расстройства и соматоформному реагированию на психологические проблемы [4, 5, 8].

Недооценка тяжести эмоционального состояния пациента 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 Т. В. Брябриной [2], пациенты с ВД и невротическими расстройствами представляют 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Акарачкова Е. С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е. С. Акарачкова // *Лечащий врач*. – 2010. – № 10. – С. 5–8.
- Брябрина Т. В. Невротические расстройства у лиц с соматоформной вегетативной дисфункцией / Т. В. Брябрина // *Вестн. ЮУрГУ. Сер.: психология*. – 2010. – № 9. – С. 18–22.
- Вейн А. М. Вегетативные расстройства / А. М. Вейн. – М. : Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
- Воробьева О. В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой (вопросы диагностики и терапии) / О. В. Воробьева // *Рус. мед. журн.* – 2006. – № 23. – С. 1696–1699.
- 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.
- Корниенко С. М. Патологія ендометрія у жінок пізнього репродуктивного віку / С. М. Корниенко // *Вісник Вінницького національного університету* – 2016. – Т. 20, № 2. – С. 436–439.
- Котова О. В. Пациент с психовегетативным синдромом: помогает врач общей практики / О. В. Котова, Л. Н. Максимова // *Фарматека*. – 2012. – № 19. – С. 36–40.
- 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.
- Миловидова С. Г. Психовегетативные нарушения у женщин репродуктивного возраста при аденомиозе / С. Г. Миловидова, Р. Н. Кильдебекова : мат. научно-практ. конф. «Актуальные про-

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. Алгоритм обследования таких пациенток должен включать оценку вегетативного статуса и активное выявление полисистемных вегетативных нарушений, а комплексная терапия должна предусматривать нормализацию деятельности ВНС и профилактику сомато-вегетативных нарушений путем предотвращения стрессорных повреждений желудка, восстановления циклов сон-бодрствование и повышения уровня социальной адаптации.

ВЫВОДЫ 1. В позднем репродуктивном возрасте и периоде пременопаузы патологические изменения эндометрия в $\frac{3}{4}$ случаев сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами, главным образом, дисфункцией желудочно-кишечного тракта, расстройствами сна и головными болями. Выраженность ВД тесно коррелирует со степенью невротичности.

2. Вегетативные нарушения негативно отражаются на качестве жизни пациенток, значительно ограничивая их физическое и эмоциональное функционирование.

3. Сочетание патологии эндометрия с вегетативной дисфункцией существенно отягощает прогноз лечения заболеваний эндометрия.

Перспективы дальнейших исследований Алгоритм обследования пациенток должен включать оценку вегетативного статуса и активное выявление полисистемных вегетативных нарушений, а комплексная терапия должна предусматривать нормализацию деятельности ВНС и профилактику сомато-вегетативных нарушений.

блемы 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. Diagnosis and management of endometrial hyperplasia / A. J. Armstrong, W. W. Hurd, S. Elguero [et al.] // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2012. – Vol. 19 (5). – P. 562–571.

15. Fink P. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care / P. Fink, M. Rosendal, F. Olesen // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 39 (9). – P. 772–781.

16. Fink P. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients / P. Fink, T. Toft, M.S. Hansen // *Psychosom. Med.* – 2007. – Vol. 69 (1). – P. 30–32.

17. Christopher J. M. Autonomic diseases: management / J. M. Christopher // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 74 (Suppl. III). – P. 44–47.

Отримано 14.03.17

©S. M. Korniyenko

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

VEGETATIVE VIOLATIONS ON THE BACKGROUND OF THE PATHOLOGY ENDOMETRIUM IN THE LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL PERIOD

Summary. Diseases of the endometrium are a common gynecological pathology, the frequency of which is significantly increased by the period of premenopause. This age period is also associated with a high percentage of transition of the initial vegetative changes and violations to more severe conditions. Analysis of the features of somatic and vegetative manifestations helps to differentiate their psychosomatic or psycho-vegetative character and optimize complex therapy.

The aim of the study – to reveal signs of vegetative dysfunction (VD) in women of late reproductive and premenopausal age suffering from endometrial pathology (PE).

Materials and Methods. Clinical and anamnestic features, vegetative profile, psychological status and quality of life of 325 women 35 to 55 years old with endometrial pathology were studied. For the diagnosis of VD ballroom questionnaire of A. M. Wayne was used. The personality profile was assessed in 176 women of the PE group using the FPI test, designed to diagnose mental states and personality traits. To study the quality of life, the SF-36 health questionnaire was used.

Results and Discussion. According to the results of testing on the questionnaire of Wayne, 74.5 % of patients showed pronounced vegetative dysfunction. Summarizing the results obtained, first of all, it is necessary to note very high VD scores for PE – in ¾ cases they were above the norm, in each second they exceeded 27 points, although almost the entire range of vegetative profile was represented in the PE group: from 3 to 60 points, with a possible range from 0 to 60. However, only 11.6 % of women with severe VD were seeking medical help in connection with the pathology of the vegetative system. It was found that the presence of vegetative disorders is associated with increased neuroticism of patients, a decrease in the quality of life and an increased rate of recurrence of endometrial pathology.

Conclusions. It was concluded that the combination of endometrial pathology with vegetative dysfunction significantly aggravates the prognosis of treatment. Therefore, it is necessary to study the state of vegetative profile in examining women of late reproductive and premenopausal age with endometrial pathology.

Key words: vegetative dysfunction; endometrial pathology; late reproductive age; premenopause; Wein questionnaire.

©С. М. Корнієнко

ДУ “Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України”

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ В ПІЗЬНОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ТА ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Резюме. Захворювання ендометрія є поширеною гінекологічною патологією, частота якої значно збільшується до періоду пременопаузи. Цей віковий період пов'язаний також із високим відсотком переходу початкових вегетативних змін та порушень в більш тяжкі стани. Аналіз особливостей соматичних і вегетативних проявів допомагає диференціювати їх психосоматичний або психовегетативний характер і оптимізувати комплексну терапію.

Мета дослідження – виявити ознаки вегетативної дисфункції (ВД) у жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку, які страждають від патології ендометрія (ПЕ).

Матеріали і методи. Вивчено клініко-анамнестичні особливості, вегетативний профіль, психологічний статус і якість життя 325 жінок 35–55 років із патологією ендометрія. Для діагностики ВД використовували бальний опитувальник А. М. Вейна. Профіль особистості оцінювали у 176 жінок групи з ПЕ за допомогою тесту FPI, призначеного для діагностики психічних станів і властивостей особистості. Для вивчення якості життя використовували опитувальник здоров'я SF-36.

Результати досліджень та їх обговорення. Згідно з результатами тестування за опитувальником Вейна, у 74,5 % пацієнток виявлена виражена вегетативна дисфункція. Узагальнюючи отримані результати, перш за все слід відзначити дуже високі бали ВД при ПЕ – в ¾ випадків вони були вище норми, в кожному другому – перевищували 27 балів, хоча в групі ПЕ був представлений майже весь спектр станів вегетативного профілю: від 3 до 60 балів, при можливих від 0 до 60. При цьому лише 11,6 % жінок із вираженою ВД зверталися за медичною допомогою у зв'язку з патологією вегетативної системи. Встановлено, що наявність вегетативних порушень асоціюється з підвищеною невротичністю пацієнток, зниженням якості життя і підвищеною частотою рецидивів патології ендометрія.

Висновки. Зроблено висновок про те, що поєднання патології ендометрія з вегетативною дисфункцією істотно обтяжує прогноз лікування, у зв'язку з чим слід вивчати стан вегетативного профілю при обстеженні жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку з патологією ендометрія.

Ключові слова: вегетативна дисфункція; патологія ендометрія; пізній репродуктивний вік; пременопауза, опитувальник Вейна.