

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

© М.О. Павловська, 2017

УДК 618.14.-006.363.03:618.15/.16-002.2

М.О. ПАВЛОВСЬКА

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, медичний факультет, кафедра акушерства і гінекології №1, Київ

ПРОЯВИ ДИСФУНКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЛЕЙОМІОМУ МАТКИ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ВУЛЬВОВАГІНІТОМ

Дослідження виконане на 29 пацієнтках (група 1), в яких наявність запального процесу засвідчують показники гемограми хворих цієї групи з лейоміомою матки та діагностованим хронічним вульвовагінітом (контрольна група – 34 практично здорові жінки). Аналіз суб'єктивних і об'єктивних ознак переважання тону симпатичної та парасимпатичної нервової системи у хворих на лейоміому матки, поєднану з хронічним вульвовагінітом, виявив симпатикотонічний варіант дисфункції вегетативної нервової системи. Індекс Кердо показав позитивний знак індексу – 2,78 при мінімально-максимальних значеннях – 8,5/+10,9. У здорових жінок індекс Кердо був позитивним і становив 2,04, при мінімально-максимальних значеннях – 9,4/+10,7. Встановлено легкі порушення сну за таблицями А.М. Вейна в 13,8 % пацієток, у здорових – 2,94 %, що свідчить про наявність соматовегетативних порушень і є складовою дисфункціональних відхилень тону вегетативної нервової системи.

Ключові слова: вегетативний статус, лейоміома матки, хронічний вульвовагініт

Вступ. Окрім основних моментів розвитку і перебігу лейоміоми матки в останній час набувають значення супутні захворювання, які складають коморбідну компоненту і не обмежуються одним супутнім захворюванням [14]. Лейоміома часто розвивається в поєднанні з гінекологічними захворюваннями, що також належать до факторів ризику [4, 5, 8, 13].

При запальних захворюваннях органів малого тазу пошкоджувальним фактором може виступати надлишкова гіпертрофія венозної системи матки, як й інших органів малого тазу [7]. Основними клінічними проявами лейоміоми матки є збільшення її розмірів, наявність міоматозних вузлів, больовий синдром, дисгормональний баланс, зумовлений хронічними захворюваннями і порушення функції суміжних органів унаслідок їхнього стиснення [6, 10].

Зазвичай міометрій знаходиться під впливом прогестерону і в результаті кожного менструального циклу після овуляції відбувається гіперплазія і гіпертрофія міометрію. Коли концентрація прогестерону знижується, у тканинах міометрію активується процес запрограмованої клітинної смерті – апоптозу. Порушення процесу апоптозу призводить до накопичення гладких міоцитів, у результаті чого за певних умов може сформуватися міоматозний вузол [12]. При гормональному дисбалансі порушений рівень самого гормону або рівень його рецепції змінює фізіологічний контроль гормону

над природним рівнем проліферативної активності міометрію та створює умови для розвитку доброякісної пухлини, якою є лейоміома матки [9].

Мета дослідження. Вивчити прояви дисфункції вегетативної нервової системи у хворих на лейоміому матки на тлі запальних захворювань органів малого тазу.

Матеріали та методи. Дослідження виконане на 29 пацієнтках (група 1), в яких наявність запального процесу засвідчують показники гемограми хворих цієї групи з лейоміомою матки та діагностованим хронічним вульвовагінітом. Контрольна група представлена 34 практично здоровими жінками без лейоміоми і супутніх захворювань органів жіночої статеві системи. У підгрупі 1 (I віковий період) середній вік обстежених становив (30,2±1,4) років, у підгрупі 2 – (41,6±2,0) року, у контрольній групі – (32,5±1,9) і (45,9±4,5) року. Діагноз (за МКХ-10: D 25 Лейоміома матки) встановлювали, згідно з Наказом МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р. «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

У пацієток визначався лейкоцитоз – (9,11±0,21)×10⁹/л, у контрольній групі – (6,54±0,27)×10⁹/л, p<0,001; підвищена ШОЕ – (15,0±0,38) мм/год, у контрольній групі – (7,0±0,35) мм/год, p<0,001. Підтвердженням наявності запального процесу є також і збільшення в 7,2 разу вмісту в крові С-реактивного білка – до

(14,38±1,12) мг/л, у контрольній групі – (2,0±0,2) мг/л, $p < 0,001$. Вміст С-реактивного білка визначали в крові за допомогою імуноферментного аналізу з використанням тест-системи «International Inc» (США).

Діагностику вегетативних розладів проводили спільно з психіатрами та невропатологами для виключення психічної, неврологічної та органічної патології. Дисфункція вегетативної нервової системи була діагностована на основі наявності клінічних та патопсихологічних діагностичних критеріїв. Для характеристики стану вегетативної нервової системи і діагностики симптомів дисфункції вегетативної нервової системи застосували спеціальний опитувальник А.М. Вейна [2]. У процесі анкетування пацієнтці пропонували заповнити таблицю, в якій питання спрямовані на виявлення симптомів дисфункції вегетативної нервової системи (шифр F45.3 за МКХ-10). Відповідаючи на питання анкети, хвора набирала певну кількість балів, підрахувавши які, і за консультації психіатра, робили висновок про наявність чи відсутність в анкетованій симптомів дисфункції вегетативної нервової системи. За умови сумарної кількості балів більше 15 діагностували наявність дисфункції вегетативної нервової системи.

Вегетативний тонус оцінювали шляхом визначення індексу Кердо: вегетативний індекс Кердо = діастолічний артеріальний тиск / частота серцевих скорочень $\times 100$. При «вегетативній рівновазі» (ейтонії) вегетативний індекс дорівнює 0. Позитивний знак індексу свідчить про переважання симпатичних впливів, негативний знак індексу – ознака підвищення тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Виявляли наявність порушення сну за таблицями А.М. Вейна [3]. При оцінюванні результатів приймали за норму >22 балів, легкі порушення – 18–22 бали, значні порушення сну – <18 балів.

Результати досліджень та їх обговорення. Показники акушерсько-гінекологічного анамнезу у пацієнток, які страждають на лейоміому матки з супутніми запальними гінекологічними захворюваннями, мало чим відрізнялися від таких у пацієнток без лейоміому матки. Супутні запальні процеси у хворих на лейоміому матки не впливали в значному ступені на перебіг оваріально-менструального циклу. В обстежуваних, як методи контрацепції, переважали чоловічі презервативи, календарний спосіб, перерваний статевий акт, які мають свої переваги і свої недоліки, але менше, ніж гормональні, втручаються в патогенез лейоміому матки. При лейоміомі матки, обтяженій супутніми запальними захворюваннями, спостерігаються міоматозні вузли різного розміру і локалізації, причому в I віковому періоді переважає інтрамуральна форма, у II – змішана. Кожна п'ята жінка мала IV тип лейоміому з міоматозними вузлами, локалізованими не тільки в міометрії, але й субсерозно і субмукозно. У клінічному перебігу в 75,9

% випадків найбільш вираженим є геморагічний синдром, у 58,6 % – больовий і в 10,3 % – порушення функції суміжних органів. Рівень стероїдів у крові засвідчує гіперестрогенну функцію яєчників і прогестеронову недостатність. Вміст ФСГ і ЛГ – зменшилися, а пролактину не зазнав змін. Зміни у вагінальному мазку свідчать про виражений запальний процес, який у даній категорії пацієнток обтяжує перебіг основного захворювання – лейоміому матки.

У цих же пацієнток із лейоміою матки в поєднанні з хронічним вульвовагінітом при клінічному обстеженні було встановлено порушення гомеостазу вегетативної нервової системи. За даними з опитувальника А.М. Вейна, було виявлено, що в сукупності відповідей хворих ознаки вегетативної дисфункції оцінювалися (12,61±0,63) бала, при мінімально-максимальних значеннях (9–18), тоді як у здорових (7,49±0,37) бала, при мінімально-максимальних значеннях (5–11), $p < 0,05$.

Занепокоєння було найчастішим серед суб'єктивних ознак переважання тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи (17,2 %), у здорових – 5,9 % і неприємні відчуття дискомфорту перикардальної зони (10,3 %), у здорових – 5,9 %, із серцебиттям у 6,9 % випадків. Об'єктивно: емоційна збудливість, підвищена рухова активність у 17,2 % випадків, у здорових – 5,9 %; холодна на дотик шкіра (13,8 %), у здорових – 5,9 %; білий дермографізм (10,3 %), у здорових – 8,8%; тахікардія і підвищення артеріального тиску (13,8 %), у здорових – 8,8 %.

Із боку суб'єктивних проявів порушення тону парасимпатичної системи виявили пригніченість (10,3 %), у здорових – 5,9 %, підвищений апетит і безперервне збільшення маси тіла (13,8 %), у здорових – 14,7 %; періодично відчуття жару і пітливість (10,3 %), у здорових – 5,9 %; пульсуючий головний біль (10,3 %), у здорових – 5,9 %. Найвираженішими серед об'єктивних ознак були гаряча на дотик шкіра (20,7 %), у здорових – 5,9 %; яскраво-рожевий або червоний плямистий припіднятий дермографізм (10,3 %), у здорових – 14,7 %; ожиріння (20,7%).

Отже, в характері скарг та їхніх об'єктивних ознак були виявлені відмінності, залежно від переважання реактивності симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи [12]. За класифікацією Н.А. Белоконь та співавторів [1] ці ознаки мали плавність виявлення і перманентний перебіг без посилення чи ослаблення постійних симптомів, які характеризують прояви цього стану. Ознаки мали хронічний характер. Пацієнтки характеризувалися пригніченістю, занепокоєнням, зниженою чутливістю до подразників, емоційною збудливістю. Слід зазначити, що в цій групі пацієнток, аналізуючи ті чи інші порушення, ми не встановили переважання тих чи інших проявів. Загалом у відсотковому вмісті значення окремих з ознак не переважало 20,7 %. Деякі з

ознак були нижчими за значенням, ніж у здорових осіб.

Виходячи з участі різних нейро-медіаторних структур у вегетативній дисфункції у хворих на лейоміому матки на тлі супутнього хронічного вульвовагініту, такі результати можна пояснити тим, що показники акушерсько-гінекологічного анамнезу в пацієток, які страждають на лейоміому матки з супутніми запальними гінекологічними захворюваннями, мало чим відрізнялися від таких у пацієток без лейоміому матки. Супутні запальні процеси у хворих на лейоміому матки не впливали в значному ступені на перебіг оваріально-менструального циклу. У даній ситуації вегетативна дисфункція може виступати як додатковий фактор патогенезу, і водночас як вторинна реакція на виникнення і розвиток основного захворювання [11].

При визначенні індекса Кердо цифрові значення показали позитивний знак індексу, а це 2,78 при мінімально-максимальних значеннях – 8,5/+10,9. У здорових осіб індекс Кердо схилявся в позитивний бік показника і становив 2,04, при мінімально-максимальних значеннях – 9,4/+10,7. Тобто при лейоміомі матки в пацієток на тлі хронічного вульвовагініту за індексом Кердо переважає тонус симпатичної нервової системи (симпатикотонічний варіант дисфункції вегетативної нервової системи).

Оцінюючи якість сну за таблицями А.М. Вейна, ми встановили, що легкі порушення були наявні в 4 пацієток (13,8 %), у здорових – в однієї жінки (2,94 %); у решти пацієток порушень якості сну не

було виявлено. Порушення сну є складовою дезадаптаційних процесів, які викликані тривогою чи депресією і мають спільні соматовегетативні ознаки, до них також належать, зміни апетиту – підвищення чи зниження, неспецифічні скарги з боку серцево-судинної системи (почуття «завмирання» або «зупинки» серця, за грудинний біль, тахікардія чи брадикардія, підвищення чи зниження артеріального тиску та інші), підвищена подразливість, в тому, що було виявлено в жінок цієї групи. Тобто в невеликій частині жінок, хворих на лейоміому матки на тлі хронічного вульвовагініту, встановлено легкий ступінь порушення, який може поглиблюватися і призвести до хронічних тривожних розладів і наступної соціальної дезадаптації пацієток [7].

Висновки. 1. Аналіз суб'єктивних і об'єктивних ознак переважання тону симпатичної та парасимпатичної нервової системи у хворих на лейоміому матки, поєднану з хронічним вульвовагінітом, встановлено симпатикотонічний варіант дисфункції вегетативної нервової системи.

2. Індекс Кердо був позитивним – 2,78 при мінімально-максимальних значеннях – 8,5/+10,9. У здорових осіб індекс Кердо є позитивним і становив 2,04 при мінімально-максимальних значеннях – 9,4/+10,7.

3. Встановлено легкі порушення сну за таблицями А.М. Вейна в 13,8 % пацієток, у здорових – 2,94 %, що свідчить про наявність соматовегетативних ознак і є складовою дисфункціональних відхилень тону вегетативної нервової системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоконь Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей / Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер. — М. : Медицина, 1987. — Т.4. — 448 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. — М. : Мед. информ. агентство, 2003. — 752 с.
3. Вейн А.М. Принципы современной фармакотерапии инсомний / А.М. Вейн, Я.И. Левин // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1998. — № 5. — С. 39—43.
4. Венцківський Б.М. Гінекологія: Підручник / Б.М. Венцківський, Г.К. Степанківська, В.П. Лакатош. — Київ: Медицина, 2012. — 352 с.
5. Вихляева Е.М. Лейомиомы матки. Руководство по диагностике и лечению / Е.М. Вихляева. — М.: Медпресс информ, 2004. — 399 с.
6. Запорожан В.М. Фактори ризику розвитку міоми матки у жінок репродуктивного віку / В.М. Запорожан, С.М. Непорада // Одеський медичний журнал. — 2014. — № 2 (162). — С. 37—40.
7. Масвський О.С. Лейомиома матки як актуальна проблема медицини, етіологічні чинники. Морфологічні критерії діагностики. Методи лікування // О.С. Масвський // Biomedical and biosocial anthropology. — 2014. — № 22. — С. 275—279.
8. Малхазова М.Т. Особенности клинико-анамнестической характеристики больных миомой матки / М.Т. Малхазова, Н.Н. Яскевич // Тюменский медицинский журнал. — 2011. — № 3—4. — С. 27.
9. Репродуктивне здоров'я жінок при лейоміомі матки / В.О. Потапов, М.В. Медведєв, Д.Ю. Степанова [та ін.] // Медичні перспективи. — 2011. — Т. XVI/3. — С. 1—5.
10. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста / И.С. Сидорова, А.П. Унанян, М.Б. Агеев [и др.] // Акушерство, гинекология, репродукция. — 2012. — Т. 6, № 4. — С. 22—28.
11. Структурные, биохимические и возрастные особенности эндометриального секрета больных миомой матки / Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварев, Н.А. Рудык [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2008. — №4. — С. 15—21.
12. Чайка К.В. История вопроса и современные представления об этиологии, пато- и морфогенезе лейомиомы матки / К.В. Чайка, Т.Н. Демина, Н.А. Фирсова // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — 2014. — Т. 19, № 3. — С. 58—67.

13. Штох Е.А. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска / Е.А. Штох, В.Б. Цхай // Сибирское медицинское обозрение. — 2015. — № 1. — С. 22—27.

14. Яворський П.В. Значення коефіцієнта поєднання для кількісної характеристики впливу етіологічних чинників лейоміоми матки / П.В. Яворський // Україна. Здоров'я нації. — 2012. — № 3 (23). — С. 294—299.

M.O. PAVLOVSKA

Bohomolets National Medical University, Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology №1, Kyiv

MANIFEST OF AUTONOMIC DYSFUNCTION IN WOMEN WITH LEIOMIOMA ASSOCIATED WITH CHRONIC VULVOVAGINITIS

The study was performed on 29 patients (group 1), the presence of inflammation suggests hemogram parameters in this group of patients with uterine leiomyoma and diagnosed with chronic vulvovaginitis (control group – 34 healthy women). The analysis of subjective and objective evidence that the prevalence of tone of the sympathetic and parasympathetic nervous system in patients with uterine leiomyoma associated with chronic vulvovaginitis revealed sympathicotonic option dysfunction of the autonomic nervous system. Kerdo index showed positive value index – 2,78 for the minimum-maximum values of – (–8,5/ +10,9). In healthy women Kerdo index inclined to a positive way and the indicator was 2,04, with a minimum-maximum values of – (–9,4/+10,7). Installed light sleep disorders, using A.M. Wayne tables, in 13,8 % of patients, in healthy group –2,94 % that indicates the presence somatically-vegetative violations and is part of the dysfunctional deviations of the autonomic nervous system tone.

Key words: vegetative status, uterine leiomyoma, chronic vulvovaginitis

Стаття надійшла до редакції: 15.12.2016 р.