

пацієнток з НЛФ всіх вікових груп з нормальною функцією щитоподібно залози ((23,2±2,13) од/мл в I групі, (22,6±2,15) од/мл в II групі та (24,1±1,98) од/мл в III групі) та порівняно з показником здорових жінок ((22,72±2,03) од/мл, p<0,05). Таким чином, у всіх пацієнток, у яких НЛФ спричинена гіпотиреозом, останній був спричинений аутоімунним тиреоїдитом.

Дослідження гормонального профілю щитоподібно за-

лози виявило (табл.1), що у пацієнток з гіпотиреозом та з аутоімунним тиреоїдитом відмічались вірогідно вищі показники рівня ТТГ порівняно з показниками пацієнток з нормотиреозом ((6,34±0,13), (5,89±0,23) та (6,17±0,23) мМО/л, відповідно, в I, II та III групі з гіпотиреозом проти (1,05±0,12), (1,11±0,09) та (1,07±0,10) мМО/л у пацієнток відповідних груп з нормотиреозом та (1,04±0,12) мМО/л в групі здорових жінок, p<0,05).

Таблиця 1. Розподіл жінок з недостатністю лютеинової фази за даними гормонального профілю функції щитоподібно залози

Група	Показник			
	ТТГ, мМО/л	Т3, нмоль/л	Т4, нмоль/л	АМАТ, од/мл
I (нормотиреоз)	1,05±0,12	2,1±0,25	129,9±2,58	23,2±2,13
I (гіпотиреоз)	6,34±0,13 ^{аб}	1,15±0,17 ^{аб}	104,6±2,96 ^{аб}	267,5±12,3 ^{аб}
II (нормотиреоз)	1,11±0,09	2,2±0,13	127,8±3,13	22,6±2,15
II (гіпотиреоз)	5,89±0,23 ^{аб}	1,17±0,19 ^{аб}	101,3±2,78 ^{аб}	274,4±10,2 ^{аб}
III (нормотиреоз)	1,07±0,10	2,19±0,22	132,2±2,24	24,1±1,98
III (гіпотиреоз)	6,17±0,23 ^{аб}	1,13±0,18 ^{аб}	102,6±2,45 ^{аб}	269,5±6,7 ^{аб}
Здорові жінки	1,04±0,12	2,15±0,15	128,5 ±1,53	22,72±2,03

Примітки: 1^а – різниця вірогідна відносно показника пацієнток з нормотиреозом (p<0,05);
2^б – різниця вірогідна відносно показника групи здорових жінок (p<0,05).

Разом з тим, мало місце статистично вірогідне зниження рівня Т3 та Т4 в сироватці крові у пацієнток з гіпотиреозом та аутоімунним тиреоїдитом, порівняно з відповідними показниками у пацієнток з НЛФ з нормотиреозом, а з групою здорових жінок. Так, середні показники Т3 у пацієнток з гіпотиреозом становили (1,15±0,17) нмоль/л в I групі, (1,17±0,19) нмоль/л в II групі та (1,13±0,18) нмоль/л в III групі. Натомість в групі здорових жінок рівень Т3 був вірогідно нижчим та становив (2,15±0,15) нмоль/л (p<0,05).

Нами виявлено кореляційний зв'язок між рівнем антимікросомальних антитіл та рівнем прогестерону: чим вищий рівень антимікросомальних антитіл, тим нижчий рівень сироваткового прогестерону в II фазу менструального циклу (r=0,67).

ВИСНОВОК Таким чином, аналіз стану системи щитоподібно залоза – яєчники виявив, що в 9,06% випадків у пацієнток з НЛФ мав місце гіпотиреодизм, який спричи-

нений аутоімунними порушеннями функції щитоподібно залози, при цьому існує зворотний кореляційний зв'язок між рівнем антимікросомальних антитіл та рівнем прогестерону.

Література

1. Ветшев В.С., Мельниченко Е.А., Кузнецов Н.С. и др. // Заболевания щитовидной железы. – М., 1996.
2. Прилепская Н.В., Лобова Т.А. Гипофизарно-тиреоидная система у больных с нарушениями менструальной функции // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 3. – С. 5-8.
3. Соснова Е.А. Роль щитовидной железы в системе репродукции женщин // Акушерство и гинекология. – 1989. – № 4. – С. 6-10.
4. Овсянникова Т.В. Эндокринное бесплодие у женщин при гиперпролактинемии. – 2004. – Т. 6, № 3.
5. Жук С.И. Дисгормональные нарушения у женщин репродуктивного возраста // Здоров'я Укра ни. – 2007. – № 18/1. – С. 3.
6. Falk S.A. Thyroid Disorders. – New York, Pergamon Press, 1997.
7. Kaptain E.S. Thyroid International, 1998. – № 3, P. 3-13.

Бойчук А.В., Берегуляк О.О., Франчук А.Ю., Бегош Б.М., Сопель В.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПОСТКАСТРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ В КОРЕКЦІ ЗМІН ГЕМОСТАЗУ ТА ЛІПІДОГРАМИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПОСТКАСТРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ В КОРЕКЦІ ЗМІН ГЕМОСТАЗУ ТА ЛІПІДОГРАМИ – з метою вивчення змін гомеостазу протягом шести місяців ми спостерігали 60 жінок після тотально гістероваріоектомії, яких було поділено на дві групи: перша – 30 жінок, які отримували “Клімонорм” з третьої доби після операції в безперервному режимі; друга – 30 жінок, що отримували розроблений метод лікування, який включає послідовне етапне застосування препаратів “Естрожелю”, “Клімодієну”, “Клімадинону”. У гомеостазі обстежених жінок в динаміці спостереження відмічено атерогенні зсуви та схильність до гіперкоагуляції у жінок I групи, тоді як у жінок II групи всі показники ліпідограми та гемостазиограми залишились в межах норми.

Отже, використання розробленого комплексу реабілітаційної терапії, порівняно з традиційним лікуванням, ефективно попереджує розвиток атерогенних змін та гіперкоагуляції у жінок після гістероваріоектомії.

ЕФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТКАСТРАЦИОННОГО СИНДРОМА В КОРРЕКЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОСТАЗА И ЛИПИДОГРАММЫ – Для изучения изменений гомеостаза на протяжении шести меся-

цев нами наблюдались 60 женщин после тотальной гистеровариоэктомии, которые были разделены на две группы: первая – 30 женщин, которые принимали “Климонорм” с третьей сутки после операции в непрерывном режиме; вторая – 30 женщин, которые принимали разработанный метод лечения, который включает поэтапное применение препаратов “Эстрожелю”, “Климодиена”, “Климадинона”. У гомеостазе исследованных женщин в динамике наблюдения отмечено атерогенные сдвиги и развитие гиперкоагуляции у женщин I группы, тогда как у женщин II группы все показатели липидограммы и гемостазиограммы оставались в норме.

Применение разработанного комплекса реабилитационной терапии в сравнении с традиционным лечением эффективно предупреждает развитие атерогенных изменений и гиперкоагуляции у женщин после гистеровариоэктомии.

EFFECTIVENESS OF DIFFERENT METHODS OF POSTCASTRATION SYNDROME TREATMENT IN CORRECTION OF HEMOSTASIS CHANGES AND LIPIDOGRAM – With the purpose to study hemostasis changes 60 women were observed within 6 months after total hysterovarioectomy. They were divided into two

groups. The first group consisted of 30 women who were undergone replacement therapy with Klimonorm. The second group consisted of 30 women who were undergone a new complex of treatment which included consecutive staged assignment of Estrojel, Klimadien, Klimadinon. In homeostasis of the first group women after operation were found hypercoagulation and atherogenic changes in dynamic of our research. In homeostasis of the second group women after operation all the indices of lipidogram and hemostasiogram remained normal.

So, usage of developed complex of rehabilitation therapy as compared to traditional treatment is effective in prophylactics of atherogenic changes and hypercoagulation in women after hysterovarioectomy.

Ключові слова: гістероваріоектомія, менопаузальний синдром, "Клімонорм", "Естрожел", "Клімодієн", "Клімадинон", гомеостаз, ліпидограма, коагулограма.

Ключевые слова: гистеровариоэктомия, менопаузальный синдром, "Климонорм", "Эстрожел", "Климодиен", "Климадинон", гомеостаз, липидограмма, коагулограмма.

Key words: hysterovarioectomy, menopausal syndrome, Klimonorm, Estrojel, Klimadien, Klimadinon, homeostasis, lipid and haemostatic system.

ВСТУП На сьогодні питання здоров'я жінок у період менопаузи набуває все більше актуальності [1]. Зростання частоти серцево-судинних захворювань жінок у постменопаузі [1] сприяє порушення гормонального гомеостазу (підвищення рівнів гонадотропінів та дефіцит естрогенів у сироватці крові) [5], що супроводжується розвитком менопаузального синдрому (МС), проявами якого є виражені метаболічні порушення: зміни ліпідного обміну, згортання крові, ферментних систем, обміну вітамінів, мікроелементів, метаболізму судинної стінки та розвитку атеросклерозу.

Збільшення гінекологічно захворюваності та проведення оперативного лікування у жінок клімактеричного віку призводить до збільшення випадків хірургічно менопаузи [3]. Спільною для вікової та хірургічно менопаузи є гіпоестрогенія, але у випадку хірургічно менопаузи відбувається одночасне тотальне виключення функції яєчників, що порушує адаптаційні механізми та сприяє більш швидкому та ранньому виникненню проявів менопаузального синдрому.

Замісна гормонотерапія (ЗГТ) залишається золотим стандартом у лікуванні менопаузальних розладів жінок у віковій та хірургічній менопаузі [2, 3].

Існуючі на сьогодні відомості про вплив замісної гормональної терапії на стан гомеостазу мають не зовсім однозначний характер. Незважаючи на покращення ліпідного спектра крові, нормалізацію вмісту фібриногену та деяких факторів коагуляції (VII), тривале приймання замісної гормонотерапії одночасно може активізувати синтез в печінці тригліцеридів, порушувати синтез ЛПВЩ та знижувати рівень антитромбіну III, підвищуючи ризик тромбозів. Цю побічну дію враховано при розробці нашого способу профілактики і лікування проявів МС, в якому після зменшення дози гормонального препарату наступним застосовується фітоестроген, що немає такої побічної дії на систему гомеостазу та ліпідний спектр крові.

В запатентованому способі лікування та профілактики МС у жінок після гістероваріоектомії [4] шляхом послідовного етапного призначення естрогенвмісного, естроген-гестагенного та фітоестрогенного препаратів досягається дозована поступова гіпоестрогенемія, що дозволяє наблизити ЗГТ до етапу адаптації гіпоталамо-гіпофізарно функції в період клімактерії [5].

Спосіб включає застосування препарату естрогенно дії "Естрожел" по 2,5 г трансдермально один раз на добу протягом 14 днів безпосередньо після оваріоектомії. З 15 дня після операції впродовж першого місяця застосовували "Клімадієн" по 1 таблетці (2 мг естрадіолу валету і 2 мг дієногесту) один раз на добу, а впродовж наступних двох місяців по 1/2 таблетки "Клімадієну" один раз на добу. З

третього по шостий місяць призначали "Клімадинон" по 30 крапель двічі на добу.

Мета дослідження – вивчення змін гемостазу та ліпидограми у жінок після гістероваріоектомії та ефективності х корекції призначенням розробленого та традиційного методу профілактики і лікування менопаузального синдрому.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням знаходилось 60 хворих на фіброріомію матки, прооперованих в об'ємі гістеректомії з тотальною оваріоектомією. Середній вік х склав (47,2±3,8) року. Хворих було розділено на дві групи: перша група – 30 жінок, яким з третьої доби після операції призначали ЗГТ двофазним естроген-гестагенним препаратом "Клімонорм" по 1 таблетці на добу в безперервному режимі; друга група – 30 жінок, що отримували запропонований спосіб лікування. Контрольну групу склали 30 практично здорових жінок у віці постменопаузи (середній вік (54,4±1,4) року). Тривалість спостереження та термін лікування становили 6 місяців.

Всім жінкам перед призначенням ЗГТ виконували загальноклінічні обстеження, УЗД молочних залоз. Перед операцією та через 1, 3, 6 місяців після операції вивчали зміни ліпидограми (концентрацію загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїнів високої (ЛПВЩ) та низької (ЛПНЩ) щільності, тригліцеридів) та гемостазиограми (протромбіновий індекс, тромбіновий час, фібриноген, час рекальцифікації, кількість тромбоцитів, спонтанну агрегацію тромбоцитів).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

Проведені дослідження ліпідного обміну (табл. 1) свідчать, що застосування традиційно замісно гормональної терапії протягом шести місяців після операції приводить до достовірних ($p < 0,01$) атерогенних змін у ліпидограмі порівняно з доопераційними: зростання концентрації тригліцеридів, холестерину та ліпопротеїнів низької щільності, коефіцієнту атерогенності та відсутності достовірно відмінності показників ліпидограми від вікової менопаузи.

У жінок, що приймали розроблений метод замісно терапії, за рахунок зменшення дози гормонального препарату та заключного застосування фітоестрогену, показники ліпидограми через шість місяців після операції достовірно не відрізнялись від доопераційних, але відрізнялись від показників першої групи.

Отже, застосування традиційно замісно терапії у жінок після гістероваріоектомії викликає атерогенні зміни в віддаленому післяопераційному періоді, тоді як розроблений метод лікування такого впливу на показники ліпидограми немає.

Аналізуючи результати дослідження системи гемостазу, можна стверджувати, що тривале застосування ЗГТ (протягом 6 місяців) у віддаленому післяопераційному періоді веде до гіперкоагуляції, що підтверджується достовірними змінами відповідних показників у жінок першої групи: зростанням протромбінового індексу, вкороченням тромбінового часу, збільшенням концентрації фібриногену, вкороченням часу рекальцифікації плазми, підвищенням кількості тромбоцитів та спонтанно агрегації тромбоцитів.

Перевагою розробленого методу гормонотерапії є поступове зменшення дози гормонального препарату та заміна його на фітоестроген, що немає гіперкоагуляційного ефекту на гемостаз в віддаленому післяопераційному періоді. Дані зміни у жінок другої групи через шість місяців після операції підтверджуються достовірно ($p < 0,005$) нижчим показником протромбінового індексу, концентрації фібриногену та вищим тромбіновим часом порівняно з другою групою і відсутністю достовірних відмінностей показників гемостазу від доопераційних.

ВИСНОВКИ У жінок після гістероваріоектомії застосування традиційно ЗГТ в віддаленому післяопераційному періоді має негативний вплив на ліпідний спектр крові та систему гемостазу.

Таблиця 1. Показники ліпідограми у жінок контрольно, першо та друго груп в динаміці спостереження (ммоль/л)

Групи		Показники				
		Загальний холестерин	ЛПНЩ	ЛПВЩ	Тригліцериди	Коефіцієнт атерогенності
Контрольна група (n=30)		5,65±0,19	3,35±0,15	1,43±0,05	1,44±0,08	3,09±0,20
До операції (n=60)		4,88±0,11 ∇	3,04±0,08	1,58±0,03 ∇	1,20±0,05 ∇	2,21±0,11 ∇
1 місяць після операції	I (n=30)	5,19±0,15	3,13±0,14	1,52±0,04	1,42±0,09 □	2,52±0,17 ∇
	II (n=30)	4,92±0,20	3,28±0,13	1,50±0,04	1,25±0,07	2,39±0,20 ∇
3 місяці після операції	II (n=30)	5,48±0,19 □	3,29±0,13	1,48±0,04 □	1,52±0,08 □	2,86±0,21 □
	III (n=30)	5,22±0,22	3,38±0,14 □	1,45±0,04 □	1,41±0,06 □	2,71±0,20 □ ,
6 місяців після операції	II (n=30)	5,81±0,21 □, ♦	3,41±0,12 □ ,	1,51±0,04	1,60±0,08 □ ,	2,94±0,19 □ , **
	III (n=30)	4,94±0,16 ∇, **	3,22±0,13	1,59±0,04 ∇, ●	1,24±0,08 **	2,18±0,14 ∇, **, ●

Примітки:

∇ – достовірно (p<0,05) порівняно з контрольною групою;

□ – достовірно (p<0,05) порівняно з рівнем до операції ;

** – достовірно (p<0,05) порівняно з показниками першо групи;

Δ – достовірно (p<0,05) порівняно між показниками через 1 та 3 місяці після операції ;

● – достовірно (p<0,05) порівняно між показниками через 3 та 6 місяців після операції ;

♦ – достовірно (p<0,05) порівняно між показниками через 1 та 6 місяців після операції .

Таблиця 2. Показники гемостазиограми у жінок контрольно, першо та друго груп в динаміці спостереження

Групи		Показник					
		Протромбінний індекс, %	Тромбіновий час, с	Фібриноген, г/л	Час рекальцифікації, с.	Тромбоцити, 10 ⁹ /л	Спонтанна агрегація тромбоцитів, с
Контрольна (n=30)		96,83±1,09	16,00±0,42	3,68±0,13	79,00±1,13	285,20±3,14	28,70±1,61
Основна (n=60)		95,55±0,57	16,83±0,14	3,23±0,06 ∇	86,93±1,64 ∇	275,03±2,84 ∇	26,68±1,13
1 місяць після операції	I (n=30)	96,80±1,03	17,20±0,21 ∇	3,37±0,10	81,87±2,71	281,17±4,56	27,80±1,52
	II (n=30)	97,03±0,78	16,43±0,20 **	3,54±0,11 □	84,30±2,40	283,60±2,95 □	29,13±2,47
3 місяці після операції	I (n=30)	99,13±0,88 □	15,97±0,23 □, Δ	3,66±0,09 □, Δ	79,47±2,12 □	285,80±4,84	29,27±1,50
	II (n=30)	96,60±1,01	15,90±0,22 □	3,64±0,10 □	82,27±2,07	286,50±3,04 □	30,63±1,94
6 місяців після операції	I (n=30)	102,00±0,92 ∇, □, ♦, ●	15,03±0,22 ∇, □, ♦, ●	3,89±0,06 о, ♦, ●	81,37±2,03 □	290,13±5,12 □	35,13±1,69 □, **, ♦, ●
	II (n=30)	98,37±0,74 □, **	16,43±0,21 **	3,56±0,05 □, **	80,57±1,89 □	283,17±3,02	32,07±1,65 □

Примітки:

∇ – достовірно (p<0,05) порівняно з контрольною групою;

□ – достовірно (p<0,05) порівняно з рівнем до операції ;

** – достовірно (p<0,05) порівняно з показниками першо групи;

Δ – достовірно (p<0,05) порівняно між показниками через 1 та 3 місяців після операції ;

● – достовірно (p<0,05) порівняно між показниками через 3 та 6 місяців після операції ;

♦ – достовірно (p<0,05) порівняно між показниками через 1 та 6 місяців після операції .

Проведене дослідження свідчить про позитивний вплив на гемостазиограму та ліпідний обмін розробленого комплексу лікування, що дозволяє рекомендувати його для лікування і профілактики менопаузального синдрому після проведення гістероваріоектомії .

Негативний вплив застосування традиційно гормонотерапі на систему гемостазу та ліпідограму у віддаленому післяопераційному періоді у жінок після гістероваріоектомії може сприяти подальшому розвитку серцево-судинних захворювань. Перспективи подальших досліджень полягають

у впровадженні розробленого комплексу профілактики та лікування посткастраційного синдрому у роботу гінекологічних відділень та в подальшому вивченні віддалено ефективності його застосування в профілактиці розвитку серцево-судинних захворювань.

Література

1. Поворознюк В.В., Григор'єва Н.В. Менопауза та остеопороз. – К., 2002. – 356 с.
2. Сольський Я.П. Використання замісно гормонально терапі у жінок

після оваріоектомії // ПАГ. – 1998. – № 1. – С. 44-61.

3. Мирівіч Д.Ю., Петренко С.О., Чурілов А.В., Мирівіч Є.Д., Кушнір С.В. Питання профілактики і лікування посткастраційного синдрому // ВІД. – 2002. – № 3. – С. 15.

4. Патент України 7174 (UA) 7 А61К35/78, А61К38/00 Бойчук А.В., Берегуляк О.О. Спосіб лікування хворих на посткастраційний синдром і його профілактики. / № 20041008216; Заявл. 11.10.2004; Опубл. 15.06.2005. Бюл. № 6.

5. Донат И. Гонадотропная функция гипофиза и секреция половых стероидов у женщин с климактерическим и посткастрационным синдромом // Акушерство и гинекология. – 1985. – № 2. – С. 28-31.

Смірнова В.Л.

ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В НЕПОВНИХ СІМ'ЯХ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В НЕПОВНИХ СІМ'ЯХ – Встановлені вагомі чинники, які впливали на здоров'я неповно сім', розраховані їх прогностичні коефіцієнти. Використовуючи систему прогностичних коефіцієнтів, була складена шкала ризиків захворюваності на хронічні хвороби в групах матерів і дітей з неповних сімей.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ – Установлены весомые факторы, которые влияли на здоровье неполной семьи, рассчитаны их прогностические коэффициенты. Используя систему прогностических коэффициентов была составлена шкала риска заболеваемости хроническими болезнями в группах матерей и детей из неполных семей.

PROGNOSIS OF MORBIDITY IN INCOMPLETE FAMILIES – Important factors influencing health of incomplete family and their prognostic coefficients have been defined. By means of system of prognostic coefficients, a risk scale for chronic diseases morbidity in groups of mothers and children from incomplete families has been developed.

Ключові слова: захворюваність, неповні сім'ї.

Ключевые слова: заболеваемость, неполные семьи.

Key words: morbidity, incomplete families.

ВСТУП Сімейний стан є одним із провідних соціальних факторів здоров'я населення [1, 2, 3]. З позицій вив-

чення впливу цього фактора на здоров'я і, особливо, з метою прогнозування захворюваності першочерговий інтерес, на думку дослідників, має дослідження цього питання в неповних сім'ях [4, 6]. Метою дослідження було встановлення вагомих чинників нездоров'я неповно сім'ї і обрахунок хніх прогностичних коефіцієнтів, що стане підставою для проведення профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Було вивчено фактори нездоров'я неповно і повно сімей в дослідній (неповні сім'ї) і контрольній (повні сім'ї) групах загалом чисельністю 10210 осіб. Відбір суттєвих факторів нездоров'я проводився за допомогою критерія Стьюдента (t, p), а оцінка прогностичних коефіцієнтів за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Результати рангового розподілу найбільш значущих чинників, що впливають на здоров'я матерів в неповних і повних сім'ях (за величиною дисперсії, що визначалася за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу) представлені у таблиці 1.

Таблиця 1. Ранговий розподіл найбільш значущих чинників, що впливають на здоров'я матерів в неповних і повних сім'ях (за величиною дисперсії, що визначалася за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу)

Чинники	Неповні сім'		Повні сім'	
	дисперсія	ранг	дисперсія	ранг
Освіта нижче середньо	0,48	1	0,22	2
Недотримання режиму праці, відпочинку	0,46	2	0,213	3
Кількість дітей в сім'ї 3 і більше	0,45	3	0,26	1
Зловживання алкоголем	0,44	4	0,150	10
Ведення домашнього господарства переважно матір'ю	0,434	5	0,154	9
Число осіб на одну житлову кімнату 4 і більше	0,431	6	0,171	6
Відсутність матеріально та іншо допомоги від родичів	0,42	7	0,170	7
Недотримання санітарно-гігієнічних норм	0,41	8	0,18	5
Погані взаємини в сім'ї	0,406	9	0,140	13
Нераціональний характер харчування	0,402	10	0,144	11
Відсутність звернень з профілактичною метою в медичні заклади	0,37	11	0,16	8
Недотримання режиму харчування	0,354	12	0,12	14
Незадовільний стан житла	0,350	13	0,07	15
Наявність в анамнезі хронічних захворювань	0,29	14	0,211	4
Дохід менше 300 грн на одну людину	0,28	15	0,143	12