



И.И. Куценко, М. С. Бабичева

ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦЕФАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

*Кубанский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии*

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, E-mail: mariababicheva.82@gmail.com

Цель: оптимизация оценки степени тяжести цефалгической формы предменструального синдрома с помощью исследования регуляторно-адаптивных возможностей организма при данной патологии.

Материалы и методы: обследованы 38 пациенток с цефалгической формой предменструального синдрома, которые были разделены на клинические группы в соответствии со степенью тяжести: группу с легкой степенью тяжести составили 15 пациенток; группу с тяжелой – 23 женщины. Группу контроля составили 20 условно здоровых женщин без проявлений предменструального синдрома. С помощью пробы сердечно-дыхательного синхронизма впервые в динамике менструального цикла оценены регуляторно-адаптивные возможности у больных с цефалгической формой предменструального синдрома.

Результаты: получены количественные показатели индекса регуляторно-адаптивного статуса, которые достоверно различаются в группах с легкой и тяжелой степенью предменструального синдрома и объективно отражают состояние пациенток.

Выводы: значения индекса регуляторно-адаптивного статуса могут служить дополнительным объективным критерием для оценки степени тяжести предменструального синдрома.

Ключевые слова: цефалгическая форма предменструального синдрома, степень тяжести, регуляторно-адаптивные возможности.

I.I. Kutshenko, M.S. Babicheva

OPTIMIZATION ASSESSMENT OF SEVERITY CEPHALGIC FORM OF PREMENSTRUAL SYNDROME

*Kuban State Medical University,
Department of obstetrics, gynecology and perinatology*

4 Sedina st., Krasnodar, 350063, Russia, E-mail: mariababicheva.82@gmail.com

Purpose: Optimization assessment of severity cephalgic form of premenstrual syndrome by examining the regulatory and adaptive abilities of the organism in this condition.

Materials and Methods: Examined 38 patients with cephalgic form of premenstrual syndrome, which were divided into clinical groups according to the severity of syndrome: group with mild comprised 15 patients, group with severe – 23 women. The control group consisted 20 apparently healthy women without symptoms of premenstrual syndrome. Using samples cardiorespiratory synchronism first time in the dynamics of the menstrual cycle assessed regulatory and adaptive abilities of patients with cephalgic form of premenstrual syndrome.

Results: The quantitative indicators of regulatory and adaptive index status, which differ significantly in the groups with mild to severe premenstrual syndrome and objectively reflect the status of the patients.

Summary: The index regulatory and adaptive status can serve as an additional objective criterion for assessing the severity of premenstrual syndrome.

Keywords: cephalgic form of premenstrual syndrome, severity, regulatory and adaptive abilities.



Введение

В настоящее время одной из актуальных проблем гинекологии является предменструальный синдром (ПМС), в том числе и его цефалгическая форма, относящийся к числу наиболее распространенных и наименее изученных состояний [1]. Заболевание отмечается у 20-80% женщин репродуктивного возраста [2]. В литературе описано более 150 симптомов ПМС, встречающихся в разных сочетаниях. Ключевой характеристикой ПМС является то, что симптомы развиваются четко в лютеиновую фазу цикла и исчезают или значительно ослабевают с наступлением менструации [1-4].

Внимание к проблеме ПМС наряду с его значительной распространенностью обусловлено заметным влиянием на качество жизни женщин, тем более у 5-10% пациенток ПМС протекает в тяжелой форме [5, 6]. Причем большинство женщин с цефалгической формой ПМС первоначально обращаются к терапевту или неврологу по поводу головных болей, которые часто сочетаются с болями в сердце. И только при отсутствии эффекта от назначаемой терапии и при установлении связи появления симптомов заболевания с предменструальными днями обращаются к гинекологу [1, 4].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных различным аспектам проблемы предменструального синдрома, диагностика ПМС по-прежнему представляет значительные трудности. Связано это с отсутствием определенных анамнестических, соматических или лабораторных патогномичных признаков, характерных для ПМС, а также недостаточным количеством объективных критериев для постановки точного диагноза. На современном этапе для верификации диагноза используются многочисленные шкалы и менструальные опросники, в которых интенсивность и оценка клинических проявлений ПМС проводится непосредственно пациенткой [6]. Диагноз ПМС становится очевидным, если удастся зарегистрировать свободную от симптомов фолликулиновую фазу и, напротив, выделить отягощенную симптомами лютеиновую фазу. Установить степень тяжести заболевания значительно сложнее, так как отсутствуют четкие диагностические критерии, а оценка интенсивности проявления симптомов субъективна и зачастую зависит от особенностей личности пациентки. Объективных количественных критериев для уточнения степени тяжести не существует.

Сложность лечения больных с цефалгической формой ПМС заключается в том, что, несмотря на многочисленные схемы и методы терапии, уменьшение или полное исчезновение симптомов в большинстве случаев отмечается только на фоне лечения, а после его прекращения клинические признаки ПМС возникают вновь [7]. Кроме того, нет ни одного лекарственного препарата, который бы был эффективен в отношении всех симптомов ПМС одновременно [2, 7]. Необходимо отметить, что эффективность лечения существенным образом зависит от правильной диагностики. Важно правильно установить не только форму ПМС, но и степень тяжести заболевания, от которой зависит выбор рациональной тактики ведения. При неверной оценке степени тяжести ПМС лечение имеет низкую клиническую эффективность, назначается несвоевременно, что приводит к нарастанию тяжести заболевания и переходу его в более тяжелое течение.

В связи с тем, что объективная оценка симптоматики ПМС крайне затруднительна, представляет значительные сложности, а главное – субъективна, возникла необходимость поиска объективного количественного критерия для диагностики степени тяжести ПМС. Оптимизация оценки степени тяжести ПМС может рассматриваться с точки зрения оценки функционального состояния организма по индексу регуляторно-адаптивного статуса. В этом плане перспективным представляется применение пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) для оценки регуляторно-адаптивных возможностей, что позволяет интегративно оценить функциональное состояние организма при различных патологических состояниях. Проба основана на представлениях, выдвинутых В. М. Покровским, об иерархической системе формирования ритма сердца [8, 9]. Проба СДС неспецифична и способна отражать регуляторно-адаптивные возможности различного контингента здоровых и больных людей.

Факт возможности количественной оценки параметров СДС, а именно ширины диапазона и длительности развития синхронизации на минимальной границе, позволяет рассчитать такой показатель, как индекс регуляторно-адаптивного статуса (ИРАС), на основании которого можно оценить регуляторно-адаптивные возможности организма в целом. Поэтому метод может быть использован в качестве объективного теста, характеризующего состояние и динамику функционирования регуляторных систем организма при различных заболеваниях, в том числе и при цефалгической форме предменструального синдрома.

Цель работы - оптимизация оценки степени тяжести цефалгической формы предменструального синдрома с помощью исследования регуляторно-адаптивных возможностей организма, что формирует новый, дополнительный подход к обследованию больных с ПМС.

Материалы и методы

Было обследовано 38 женщин с цефалгической формой предменструального синдрома в возрасте от 23 до 37 лет ($M = 33 \pm 1,7$). Для верификации диагноза использовали менструальный дистресс-опросник с оценкой интенсивности клинических проявлений. Контрольную группу составили 20 условно здоровых женщин в возрасте 23-35 лет ($M = 32 \pm 2,1$) без симптомов ПМС. Длительность течения предменструального синдрома колебалась от 6 до 14 лет ($M = 7,2 \pm 1,2$). При этом большинство женщин отметили, что по поводу ПМС не лечились, и с возрастом их состояние ухудшилось, что, в целом, соответствует данным, описанным в литературе [4, 10]. Длительность и нарастание симптоматики наблюдалось от 6 до 12 дней ($M = 9,7 \pm 0,7$).

В зависимости от степени тяжести ПМС были сформированы 2 клинические группы больных: группу с легкой степенью тяжести составили 15 пациенток в возрасте 23-33 лет ($M = 30 \pm 1,2$); группу с тяжелой – 23 женщины возрастом 30-37 лет ($M = 34 \pm 1,6$). Оценка степени тяжести ПМС проводилась по классификации М. Н. Кузнецовой, в которой учитывается количество симптомов, длительность и интенсивность их проявления [11]. Тип головной боли определялся согласно диагностическим критериям, разработанным Международным Обществом по головным болям (1988).



Оценка параметров сердечно-дыхательного синхронизма проводилась трижды в динамике менструального цикла: за 8 и 2 дня до менструации и на 7 день нового менструального цикла, когда симптомы у большинства пациенток должны исчезнуть. На приборе «ВНС-Микро» с помощью системы для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека [8, 9] у обследуемых женщин осуществляли регистрацию дыхания и электрокардиограммы, проводили пробу сердечно-дыхательного синхронизма с последующим автоматическим определением индекса регуляторно-адаптивного статуса (ИРАС). Полученные данные обрабатывали методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия являлись достоверными при $p < 0,01$.

Результаты и обсуждение

Наличие головной боли в предменструальные дни имело решающее значение для постановки диагноза це-

фалгической формы ПМС. При этом у каждой пациентки обязательно учитывался тип головной боли согласно международной классификации, разработанной Международным обществом по головным болям [4].

Головные боли регистрировали у всех 38 пациенток. Чаще (37%) боли были по типу мигрени и носили приступообразный характер, были локализованы преимущественно в одной половине головы - в глазнично-лобно-височной области, часто сопровождалась тошнотой и рвотой. У 10 (26%) пациенток имели место головные боли напряжения: диффузные головные боли, распространенные по всей голове, сжимающего, давящего характера. Чаще боль была двусторонней. А у 7 (18,5%) женщин наблюдалась головная боль приступообразного, пульсирующего, распирающего характера, в основном локализованная в области затылка. Такой тип головной боли относится к сосудистым и часто сопровождается покраснением и отеком лица, подъемом артериального давления при приступе. Кроме того, 7 (18,5%) пациенток не смогли описать точную картину головных болей, что говорило об их смешанном характере.

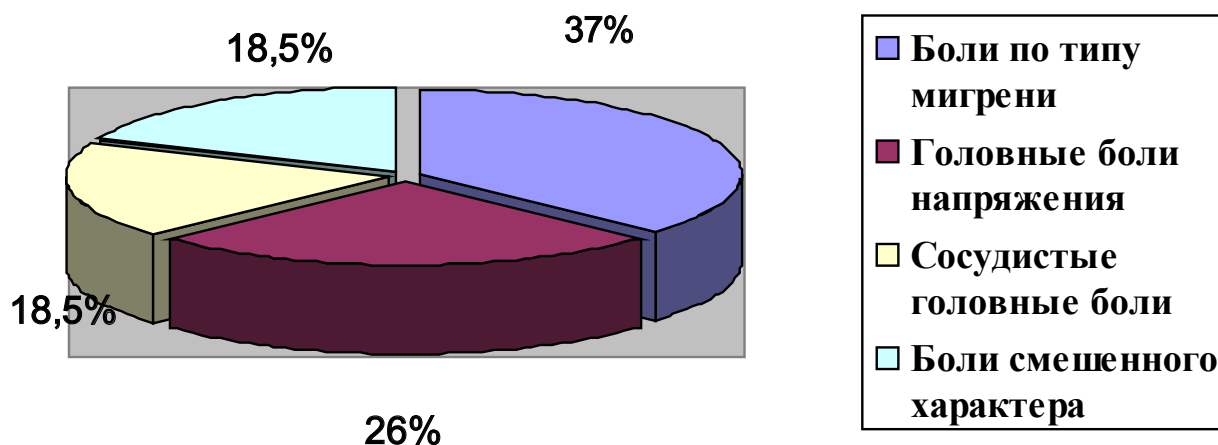


Рисунок 1. Соотношение различных видов головных болей при цефалгической форме ПМС

Головные боли часто сопровождалась другими симптомами, влияющими на общее самочувствие и трудоспособность пациенток: тошнота отмечалась у 35 (92%) женщин, головокружение – 34 (89%), рвота – 19 (50%), покраснение и отечность лица при приступе лица – 16 (42%), онемение рук – 15 (39%), боли в области сердца – 16 (42%), подъем артериального давления при приступе – 11 (28%).

Изменения индекса регуляторно-адаптивного статуса при цефалгической форме ПМС в зависимости от дня менструального цикла, а также степени тяжести синдро-

ма представлены в таблицах 1, 2, 3.

Индекс регуляторно-адаптивного статуса при тяжелой степени цефалгической формы ПМС за 8 дней до менструации был меньше ИРАС при легкой степени тяжести на 24%. Происходило это значительное снижение индекса как за счет резкого уменьшения диапазона синхронизации на 13%, так и за счет увеличения длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона на 10% (табл. 1).



Таблица 1

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма, ИРАС у женщин с цефалгической формой ПМС за 8 дней до менструации в зависимости от степени тяжести ($M \pm m$)

Параметры	Легкая степень тяжести n=15	Тяжелая степень тяжести n=23
	1	2
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	82,5±0,3	82,7±0,2 P>0,05
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	81,9±0,2	80,0±0,1 P<0,001
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	96,9±0,2	93,1±0,2 P<0,001
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	15,0±0,1	13,1±0,1 P<0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	37,6±0,2	41,3±0,2 P<0,001
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	40,1±0,1	30,4±0,3 P<0,001

Примечание (здесь и далее):

P – показатель достоверности между данными столбцов 1 и 2.

Анализируя параметры сердечно-дыхательного синхронизма и индекс регуляторно-адаптивного статуса за 2 дня до менструации, отметим, что показатель ИРАС при тяжелой степени ПМС снижен на 19% по сравнению с лег-

кой степенью тяжести в большей степени за счет увеличения на 13% длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона (табл. 2).

Таблица 2

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма, ИРАС у женщин с цефалгической формой ПМС за 2 дня до менструации в зависимости от степени тяжести ($M \pm m$)

Параметры	Легкая степень тяжести n=15	Тяжелая степень тяжести n=23
	1	2
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	84,2±0,8	83,3±0,5 P>0,05
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	82,6±0,2	81,2±0,5 P>0,05
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	97,4±0,2	94,7±0,7 P<0,001
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	14,8±0,1	13,5±0,2 P<0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	38,4±0,3	43,3±0,5 P<0,001
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	38,8±0,3	31,6±0,2 P<0,001

На 7 сутки нового менструального цикла отмечается снижение ИРАС на 19% при тяжелой степени цефалгической формы ПМС относительно ИРАС при легкой степени тяжести синдрома. Наблюдается это за счет умень-

шения диапазона синхронизации на 14%, а также за счет увеличения длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона на 12% (табл. 3).



Таблица 3

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма, ИРАС у женщин с цефалгической формой ПМС на 7 сутки нового менструального цикла в зависимости от степени тяжести ($M \pm m$)

Параметры	Легкая степень тяжести n=15	Тяжелая степень тяжести n=23
	1	2
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	83,7 $\pm$ 0,2	86,6 $\pm$ 0,1 P<0,001
Минимальная граница диапазона синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	86,3 $\pm$ 0,1	87,3 $\pm$ 0,1 P<0,001
Максимальная граница диапазона синхронизации в кардио-респираторных циклах в минуту	101,5 $\pm$ 0,2	100,4 $\pm$ 0,1 P>0,05
Диапазон синхронизации в кариореспираторных циклах в минуту	15,2 $\pm$ 0,2	13,1 $\pm$ 0,2 P<0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	37,3 $\pm$ 0,1	41,7 $\pm$ 0,2 P<0,001
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	39,3 $\pm$ 0,1	32,0 $\pm$ 0,3 P<0,001

При сравнении между собой показателей ИРАС при легкой степени тяжести цефалгической формы ПМС в различные дни менструального цикла также отмечается их изменение. За 2 дня до менструации наблюдается снижение индекса на 3% относительно показателя за 8 дней до менструации. При этом на 7 день нового менструального цикла ИРАС увеличивается на 1% относительно показателя за 2 дня до менструации.

При тяжелой степени цефалгической формы ПМС за 2 дня до менструации отмечается увеличение ИРАС на 4% в сравнении с индексом за 8 дней до менструации. К 7 дню нового менструального цикла также происходит увеличение ИРАС на 5% по отношению к показателю за 8 дней до менструации. Детальная интерпретация указанного изменения параметров СДС и индекса регуляторно-адаптивного статуса, по-видимому, дело будущего, требующее как накопление данных об этиологии и патогенезе ПМС, так и физиологического обоснования взаимосвязи их динамики.

Необходимо отметить, что индекс регуляторно-адаптивного статуса в динамике менструального цикла у пациенток с цефалгической формой ПМС независимо от степени тяжести был достоверно ниже, чем ИРАС в контрольной группе пациенток без проявлений ПМС. В фолликулиновую фазу ИРАС в группе контроля составил 186,0 $\pm$ 0,1, а в лютеиновую фазу - 59,1 $\pm$ 0,1 соответственно (P<0,001).

Таким образом, в результате проведенного исследования получены данные, которые наглядно демонстрируют изменение параметров СДС как показателя регуляторно-адаптивных возможностей в динамике менструального цикла и свидетельствуют о том, что при различных степенях тяжести цефалгической формы ПМС происходят существенные изменения на всех уровнях адаптации организма. Полученные количественные значения ИРАС в динамике менструального цикла у пациенток с ПМС достоверно ниже, чем показатели контрольной группы женщин. Кроме того, различия между показателями в группах с легким и тяжелым течением цефалгической формы ПМС объективно отражают состояние пациенток. При

этом наибольшее снижение ИРАС отмечено за 2 дня до менструации в группе пациенток с легкой степенью тяжести синдрома, что полностью соответствует клинической картине заболевания. В группе пациенток с тяжелой степенью тяжести цефалгической формы ПМС отмечается значительное снижение ИРАС по отношению к показателям пациенток с легкой степенью тяжести ПМС как за 8 и за 2 дня до менструации, так и на 7 день нового менструального цикла, когда симптоматика исчезает у большинства пациенток. Это указывает на значительные изменения, происходящие в организме при тяжелой степени цефалгической формы ПМС, которые требуют более широкого терапевтического подхода.

Выводы

1. Предменструальный синдром приводит к снижению регуляторно-адаптивных возможностей организма. Это проявляется снижением индекса регуляторно-адаптивного статуса как в фолликулиновую, так и в лютеиновую фазу менструального цикла.
2. Изменения регуляторно-адаптивных возможностей при цефалгической форме предменструального синдрома связаны с его цикличностью и определяются динамикой менструального цикла. Индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшается с 8 суток ко 2 суткам до менструации и увеличивается к 7 суткам нового менструального цикла.
3. Индекс регуляторно-адаптивного статуса отражает степень тяжести цефалгической формы предменструального синдрома. Значение индекса регуляторно-адаптивного статуса тем меньше, чем тяжелее протекает предменструальный синдром.
4. Индекс регуляторно-адаптивного статуса является дополнительным объективным диагностическим тестом для оценки степени тяжести предменструального синдрома, в том числе и цефалгической его формы, что имеет решающее значение для назначения эффективной терапии и результата дальнейшего лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Сасунова Р.А. Предменструальный синдром. / Р. А. Сасунова, Е. А. Межевитинова // Гинекология. – 2010. – №6, том 12 - С. 34-40.
2. Макарова И.И. Клинико-патогенетические аспекты предменструального синдрома: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.И. Макарова. – М., 2007. – 48 с.
3. Манухин И. Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. – М.: Геотар-Медиа, 2010. – 247 с.
4. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – М., 2005. – 632 с.
5. Deuster P. A. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome / Deuster P.A., Adera T., South-Paul J. // Arch Fam Med. – 2004. – Vol. 8, № 2. – P. 122–128.
6. Silva C. M. Population study of premenstrual syndrome / Silva C.M., Gigante D. P., Carret M. L., Fassa A. G. // Rev Saude Publica – 2006. – Vol. 40, №1. – P. 47–56.
7. Dickerson L.M. Premenstrual syndrome/ Dickerson L.M., Mazyck P. J., Hunter M. N. // American Family Physician. – 2003. – Vol. 67, №8. – P. 325-332
8. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма / В. М. Покровский. – Краснодар, 2010. – 243 с.
9. Покровский В. М. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека / В. М. Покровский, В.В. Пономарев, В. В. Артющков, Е. В. Фомина, С. Ф. Гриценко, С. В. Полищук // Патент № 86860 от 20 сентября 2010 года.
10. Тарасова М.А Предменструальный синдром: методическое пособие / М.А. Тарасова, Т.М. Лекарева, В.В. Потин, Н.Н. Перова. – СПб, 2007. – 48 с.
11. Кузнецова М.Н. Предменструальный синдром и его лечение. Акушерство и гинекология / М. Н. Кузнецова – М.: Медицина, 1973. – 55 с.

ПОСТУПИЛА: 28.02.2013