

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ*Ю.Н. Нечитайло, Н.И. Ковтюк*

Резюме. Проведено изучение влияния первичной головной боли на качество жизни связанное со здоровьем у детей школьного возраста. 84 ребенка с мигренью и головной болью напряжения были обследованы в сопоставлении с 226 здоровыми детьми такого же возраста. Зарегистрировано умеренное снижение индексов качества жизни у детей с головной болью.

Ключевые слова: головная боль, качество жизни, дети школьного возраста.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ГОЛОВНИМ БОЛЕМ*Ю.М. Нечитайло, Н.І. Ковтюк*

Резюме. Проведено вивчення впливу первинного головного болю на якість життя, пов'язану зі здоров'ям у дітей шкільного віку. Обстежено 84 дитини з мігренню і головним болем напруги порівняно з 226 здоровими дітьми такого ж віку. Зареєстровано помірне зниження індексів якості життя у дітей із головним болем.

Ключові слова: головний біль, якість життя, діти шкільного віку

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

Рецензент – проф. Т.В. Сорокман

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 1 (73). – P. 117-120

Надійшла до редакції 22.01.2015 року

© Y.N. Nechitaylo, N.I. Kovtyuk, 2015

УДК 618.17+57.048

*Л.В. Пахаренко***ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ЖІНОК
З ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Проведено вивчення психоемоційного стану у 200 жінок із передменструальним синдромом за шкалами самооцінки тривоги та депресії В. Зунга. Встановлено, що для даної категорії пацієнтів характерним є підвищені рівні тривоги та депресії в лютеїновій фазі менструального циклу, які були найбільш вираженими

в осіб із нейропсихічною, цефалгічною та кризовою формами захворювання.

Ключові слова: передменструальний синдром, психоемоційні розлади, тривога, депресія.

Вступ. Одним із найбільш поширених нейроендокринних синдромів у гінекології є передменструальний синдром (ПМС). Як відмічається багатьма дослідниками, 80-100 % жінок відчувають хоча б один симптом передменструального розладу в лютеїнову фазу менструального циклу [6, 7, 8]. Симптоми ПМС виникають регулярно в другій фазі циклу в жінок, які мають овуляцію, зникають до кінця менструації та настають за безсимптомним інтервалом. Істотне обмеження повсякденної діяльності, зниження активності на роботі чи під час навчання, погіршення міжособистісних відносин є ключовою особливістю даного нейроендокринного синдрому. Критерії встановлення діагнозу ПМС не є специфічними симптомами і, хоча нараховують їх більше 200, деякі з них вважаються ключовими або типовими. Виділяють дві основні групи симптомів. До психологічних, або поведінкових проявів, належать: перепади настрою, дратівливість, відчуття

гніву, розлади сну, занепокоєння, утруднення концентрації, соціальна самоізоляція, відсутність самоконтролю, відсутність інтересу до звичайної діяльності, відчуття самотності, відчуття тривоги, пригнічений настрій, збентеження, напруженість, відчуття безнадії, зміна апетиту, переїдання або специфічні смакові пристрасті, втома, млявість або нестача енергії та ін. Основними фізичними симптомами є: біль у суглобах, м'язах, спині, набрякання або болючість молочних залоз, здуття живота, головний біль, шкірні розлади, набування ваги, набряки на кінцівках [3-6].

Мета дослідження. Вивчення рівня тривоги та депресії в жінок із ПМС.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 200 жінок із передменструальним синдромом, які становили основну групу. Контрольну групу склали 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням наказу № 676 МОЗ Украї-

© Л.В. Пахаренко, 2015

ни від 31.12.2004 [1]. Діагноз ПМС виставляли шляхом виявлення циклічності маніфестацій захворювання в лютеїновій фазі менструального циклу на основі збору анамнезу та ведення пацієнткою щоденника самоспостереження впродовж 2-3 менструальних циклів (менструальний дистресс-опитувальник Р. Муса). Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В. П. Сметник [2].

Критеріями включення хворих до групи спостереження були: репродуктивний вік (18-44 роки), регулярний менструальний цикл, наявність ПМС, письмова згода пацієнта.

Критерії виключення: наявність вагітності, лактації, розладів менструального циклу, вогнищевої патології молочних залоз, дисфункціональних маткових кровотеч нез'ясованої етіології, гострих запальних захворювань органів малого таза, пухлин матки та яєчників нез'ясованої етіології, гіперпластичних процесів ендометрія, генітального ендометріозу, тяжкої соматичної патології в анамнезі, органічної патології ЦНС, психічних захворювань, гормональних пухлин, цукрового діабету, захворювань надниркових залоз, злоякісних утворів у даний час або в анамнезі, передменструального дисфоричного розладу, жінки, які приймали психотропні препарати або гормональну терапію впродовж останніх трьох місяців.

Дослідження проводили за допомогою шкал В. Зунга для самооцінки тривоги (Zung Anxiety Rating Scale – ZARS) та самооцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale), які жінки заповнювали в лютеїновій фазі менструального циклу. Шкали складаються із 20 стверджень, на які досліджуваній дає відповіді “рідко”, “іноді”, “часто” та “дуже часто”. Відповіді на запитання оцінюють від “1” до “4” балів. За результатами відповідей на всі 20 пунктів визначається сумарний бал. Оцінка сумарного бала шкали тривоги: 20-44 бали відповідають нормальному стану, 45-59 балів – легкий тривожний стан або середнього ступеня, 60-74 бали – виражений тривожний розлад або тривожний стан тяжкого ступеня, 75-80 балів – тривожний стан вкрай тяжкого ступеня. Оцінка сумарного бала шкали депресії: до 50 балів – стан без де-

пресії, 50-59 балів – легка депресія ситуативного або невротичного генеза, 60-69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія, більше 70 балів – справжній депресивний стан.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0. Вираховували середню арифметичну величину (M), середнє стандартне відхилення (m), вірогідність різниць результатів дослідження (p), критерій χ^2 , для порівняння двох незалежних груп за однією ознакою застосовували непараметричний критерій Манна-Уїтні. Різницю між величинами, які порівнювали, вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення.

Рівень тривоги за оцінкою опитувальника Зунга в жінок основної групи перевищував рівень тривоги жінок контрольної групи на 13,28 % ($p < 0,001$) та корелював із тяжкістю захворювання (табл.1). У жінок із легкою формою ПМС він був незначно вищим – на 9,16 % ($p = 0,023$), у жінок із тяжкою формою – помірно – на 19,35 % ($p < 0,001$). У жінок із набряковою формою захворювання рівень тривоги практично не відрізнявся від показника здорових осіб ($p = 0,066$). Натомість у осіб із цефалгічною та кризовою формами ПМС ми встановили помірне зростання рівня тривоги відповідно на 19,20 % ($p < 0,001$) та 22,50 % ($p < 0,001$) відносно жінок контрольної групи.

При аналізі середнього бала рівень тривоги був оцінений як «норма» у 100,00 % здорових жінок (табл. 2). Слід відмітити, що незважаючи на підвищений рівень тривоги у хворих на ПМС, середнє його значення в балах відповідало оцінці «норма». Тільки 75,50 % жінок основної групи мали «нормальний» рівень тривоги, 24,50 % – «легкий тривожний розлад або середнього ступеня» ($\chi^2 = 13,72$, $p < 0,001$). Останнє відхилення встановлено у 37,04 % осіб із тяжкою формою ПМС ($\chi^2 = 21,97$, $p < 0,001$). Серед осіб із набряковою формою ПМС «легкий тривожний розлад або середнього ступеня» виявлено тільки у 10,00 % ($\chi^2 = 3,65$, $p = 0,056$), із нейропсихічною формою – у 26,39 % ($\chi^2 = 13,69$, $p < 0,001$). Більше третини жінок із цефалгічною та кризовою формами ПМС мали «легкий тривожний розлад або середнього

Таблиця 1

Оцінка рівня тривоги та депресії за опитувальником Зунга в обстежених жінок

Групи жінок	n	Тривога		Депресія	
		M±m	p	M±m	p
Контрольна група	50	33,96±1,08		35,84±1,27	
Основна група	200	38,47±0,59	<0,001	40,69±0,63	<0,001
Легка форма ПМС	119	37,07±0,71	0,023	39,32±0,79	0,018
Тяжка форма ПМС	81	40,53±0,97	<0,001	42,69±1,02	<0,001
Набрякова форма ПМС	70	36,63±0,89	0,066	38,76±1,08	0,036
Нейропсихічна форма ПМС	72	38,25±1,10	0,005	42,07±1,04	<0,001
Цефалгічна форма ПМС	33	40,48±1,32	<0,001	41,82±1,60	0,003
Кризова форма ПМС	25	41,60±1,50	<0,001	40,60±1,65	0,021

Примітка. p – показник вірогідності порівняно з контрольною групою

Таблиця 2

Розподіл обстежених жінок за рівнем тривоги

Групи жінок	n	Норма		Легкий тривожний розлад або середнього ступеня		Достовірність	
		Абс.	%	Абс.	%	χ^2	p
Контрольна група	50	50	100,00	0	0,00		
Основна група	200	151	75,50	49	24,50	13,72	<0,001
Легка форма ПМС	119	100	84,03	19	15,97	7,47	0,006
Тяжка форма ПМС	81	51	62,96	30	37,04	21,97	<0,001
Набрякова форма ПМС	70	63	90,00	7	10,00	3,65	0,056
Нейропсихічна форма ПМС	72	53	73,61	19	26,39	13,69	<0,001
Цефалгічна форма ПМС	33	21	63,64	12	36,36	18,42	<0,001
Кризова форма ПМС	25	14	56,00	11	44,00	22,39	<0,001

Примітка. p – показник вірогідності порівняно з контрольною групою

Таблиця 3

Розподіл обстежених жінок за рівнем депресії

Групи жінок	n	Стан без депресії		Легка депресія ситуативного або невротичного характеру		Достовірність	
		Абс.	%	Абс.	%	χ^2	p
Контрольна група	50	48	96,00	2	4,00		
Основна група	200	180	90,00	20	10,00	1,124	0,29
Легка форма ПМС	119	109	91,60	10	8,40	0,48	0,49
Тяжка форма ПМС	81	71	87,85	10	12,35	1,68	0,20
Набрякова форма ПМС	70	69	98,57	1	1,43	0,69	0,77
Нейропсихічна форма ПМС	72	61	84,72	11	15,28	2,85	0,10
Цефалгічна форма ПМС	33	28	84,85	5	15,15	1,92	0,17
Кризова форма ПМС	25	22	88,00	3	12,00	0,67	0,41

Примітка. p – показник вірогідності порівняно з контрольною групою

ступеня» – 36,36 % ($\chi^2=18,42$, $p<0,001$) та 44,00 % ($\chi^2=22,39$, $p<0,001$) відповідно.

Рівень депресії за опитувальником Зунга в жінок основної групи був на 13,53 % вищим показника жінок контрольної групи ($p<0,001$), у жінок із легким перебігом ПМС – на 9,71 % ($p=0,018$), тяжким – на 19,11 % ($p<0,001$). В осіб всіх клінічних форм захворювання цей показник був підвищений приблизно однаково та корелював із тяжкістю захворювання. Максимальний рівень встановлено в жінок із нейропсихічною, цефалгічною та кризовою формами ПМС – на 17,38 % ($p<0,001$), 16,69 % ($p=0,003$) та 13,28 % ($p=0,021$) більше відносно показника здорових жінок. У середньому за загальною оцінкою рівень депресії в жінок основної групи відповідав стану «відсутність депресії».

У 96,00 % жінок контрольної групи не встановлено депресивного стану, у 4,00 % констатовано «легку депресію ситуативного або невротичного характеру» (табл. 3). Тим не менше, слід відмітити, що кількість осіб основної групи, яка мала «легкий депресивний стан ситуативного або невротичного характеру» була у 2,50 раза біль-

шою порівняно з контрольною групою – 10,00 % ($\chi^2=1,124$, $p=0,29$) і більше половини з них мали тяжку форму ПМС. Хоча у всіх клінічних групах встановлено тенденцію до збільшення такого стану, статистичну недостовірність різниці відносно здорових жінок ми пояснюємо тим, що особи з депресивним станом, який є критерієм діагностики ПМДР, були виключені з дослідження.

Нами встановлено, що в основному для всіх осіб, які мали «легку депресію ситуативного або невротичного характеру», був характерний і «легкий тривожний або розлад середнього ступеня». У ході нашого дослідження за опитувальником Зунга нами не виявлено жінок із «вираженим тривожним розладом або тривожним розладом тяжкого ступеня», «тривожним розладом вкрай тяжкого ступеня», а також із «субдепресивним станом або маскованою депресією» і «справжнім депресивним станом».

Висновки

1. Рівні тривоги та депресії у жінок з передменструальним синдромом хоча і відповідали межам норми, були достовірно підвищеними відносно показників здорових жінок. У таких пацієнток час-

тіше спостерігали «легкий тривожний розлад або середнього ступеня» ($\chi^2=13,72$, $p<0,001$).

2. Рівні тривоги та депресії відповідали тяжкості захворювання та найбільші значення були властиві пацієнткам із нейропсихічною, цефалгічною та кризовою формами передменструального синдрому. Натомість, показники жінок із набряковою формою передменструального синдрому найменше відрізнялися від показників здорових жінок.

Перспективи подальших досліджень.

Отримані результати дозволяють вивчити доцільність застосування психологічної корекції пацієнток з ПМС.

Література

1. Наказ № 676 МОЗ України від 31. 12. 2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
2. Сметник В. П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. Книга 1 / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилевич. – СПб.: СОТИС, 1995. – С. 129-138.

3. ACOG practice bulletin: premenstrual syndrome // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2001. – Vol. 73. – P. 183-191.
4. A population-based survey of Asian women's experience of premenstrual symptoms / L. Dennerstein, P. Leher, L. S. Keung [et al.] // Menopause Int. – 2010. – Vol.16. – P. 139-145.
5. Diagnosis and management of premenstrual disorders / S. O'Brien, A. Rapkin, L. Dennerstein, T. Nevatte // BMJ. – 2011. – Vol. 3; 342: d2994. doi: 10.1136/bmj.d2994. – Режим доступу: <http://www.hillingdongp.org.uk/documents/premenstrual%20disorders.pdf>.
6. Managing Premenstrual Symptoms: [A Quick Reference Guide for Clinicians / Association of Reproductive Health Professionals]. – 2008. – 29 p.
7. Tschudin S. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample / S. Tschudin, P.C. Bertea, E. Zemp // Arch. Womens Ment. Health. – 2010. – Vol. 13 (6). – P. 485-494.
8. Wong L.P. Menstrual-related attitudes and symptoms among multi-racial Asian adolescent females / L.P. Wong, E. M.Khoo // Int. J. Behav. Med. – 2011. – Vol. 18 (3). – P. 246-253.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Л.В. Пахаренко

Резюме. Проведено изучение психоэмоционального состояния у 200 женщин с предменструальным синдромом, используя шкалы самооценки тревоги и депрессии В. Зунга. Установлено, что для данной категории пациентов характерным является повышение уровней тревоги и депрессии в лютеиновой фазе менструального цикла, что было наиболее выражено у больных с нейропсихической, цефалгической и кризовой формами заболевания.

Ключевые слова: предменструальный синдром, психоэмоциональные расстройства, тревога, депрессия.

PSYCHOLOGICAL DYSADAPTATION OF WOMEN WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

L.V. Pakharenko

Abstract. We studied the psycho-emotional state in 200 women with premenstrual syndrome using W. Zung's self-assessment scales of anxiety and depression. It was found that these patients had increased level of anxiety and depression in the luteal phase of menstrual cycle, which was most pronounced in patients with neuropsychic, cephalgic and crisis forms of the disease.

Key words: premenstrual syndrome, psycho-emotional disorders, anxiety, depression.

SHEE "National Medical University" (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 1 (73). – P. 120-123

Надійшла до редакції 04.11.2014 року