

УДК 618.172-007

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Б. К. Жумажанова

ККГП «Женская консультация №5», г. Павлодар

Тұжырым

Етеккір келу алды синдромы жеке ағымға ие. Етеккір келу алдының клиникалық белгілері, дамуының негізгі теориялары қарастырылған. Етеккір келу алды синдромының емі медикаментозды және медикаментозды емес терапияны, кейде бұл ем репродуктивті кезеңнің барлық ағымына жалғасуы мүмкін.

Summary

Premenstrual syndrome has individual specifics. Main theories of development, clinical symptoms of PMS are reviewed. Treatment of the premenstrual syndrome includes medication-based and non-medication therapy, which sometimes lasts during the entire reproductive age.

Предменструальный синдром – циклический повторяющийся симптомокомплекс, наблюдающийся во второй половине менструального цикла (за 3-12 дней до менструации). Имеет индивидуальное течение, может характеризоваться головной болью, резкой раздражительностью или депрессией, плаксивостью, тошнотой, рвотой, кожным зудом, отеками, болями в животе и в области сердца, приступами сердцебиения. Нередко наблюдаются кожные высыпания, метеоризм, болезненное нагрубание молочных желез. В тяжелых случаях может развиваться невроз.

Большинство женщин впервые встречаются с этими симптомами после 20 лет. С возрастом все большее число женщин испытывают симптомы ПМС. Среди женщин старше 40 лет ПМС встречается более чем у 50%. И очень редки случаи, когда от ПМС страдают подростки. При этом у каждой женщины симптомы ПМС индивидуальны. У большинства женщин ПМС протекает в легкой форме, не доставляя особых неудобств. Клинические проявления ПМС характеризуются большим разнообразием [1,3,8].

В зависимости от клинической картины различают 4 клинических формы ПМС: нервно-психическую, отечную, цефалгическую, кризовую.

Нервно-психическая форма характеризуется преобладанием таких симптомов, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность.

При отечной форме преобладают такие симптомы, как нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, раздражительность, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к запахам, потливость. Может отмечаться задержка жидкости до 500–700 мл.

При цефалгической форме в клинической картине преобладают такие симптомы, как головная боль, раздражительность, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение. У каждой третьей больной отмечается депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе.

При кризовой форме наблюдаются симпато-адреналовые кризы. Они начинаются с повышения АД, чувства сдавления за грудиной и с появлением страха смерти. Сопровождаются похолоданием, онемением конечностей и сердцебиением при неизменной ЭКГ. Заключаются обильным мочеотделением.

Кроме того, выделены атипичные формы ПМС. К ним относят: вегетативно-дозовариальную миокардиодистрофию, циклические тяжелые аллергические реакции (вплоть до отека Квинке) язвенный гингивит и стоматит, циклическую бронхиальную астму, неукротимую рвоту, иридоциклит и др.

Следует отметить, что наибольшая частота и тяжесть кризовой и цефалгической форм ПМС наблюда-

ются в переходном периоде жизни женщины, в 16–19 и в 25–34 года отмечается наибольшая частота нервно-психической формы ПМС, а в 20–24 года – отечной [2,4,10].

Этиология и патогенез ПМС до конца не ясны. Считается, что способствуют возникновению и более тяжелому течению ПМС ранее перенесенные стрессы, нейроинфекции, аборт, травмы и операции, а также различные гинекологические и общесоматические заболевания, создающие фон для проявлений предменструального синдрома.

Считают, что решающим в генезе ПМС является не уровень половых гормонов, который не отличается от такового у здоровых женщин, а колебания их содержания в течение менструального цикла. Доказано, что эстрогены и прогестерон оказывают значительное модулирующее воздействие на ЦНС путем геновых механизмов (взаимодействие с ядерными рецепторами), прямого влияния на мембрану нейронов и их синаптическую функцию, причем не только в центрах, ответственных за деятельность репродуктивной системы, но и в лимбических отделах мозга, регулирующих эмоции, поведение и сон [5,7,8,10].

Одна из теорий рассматривает как основополагающую причину предменструального синдрома - изменение соотношения гормонов прогестерона и эстрогена во второй половине менструального цикла. Избыток выработки эстрогенов ведет к задержке жидкости в тканях, отекам, набуханию молочных желез, сердечно-сосудистым нарушениям. Влияние эстрогенов на структуры головного мозга вызывает нервно-эмоциональные нарушения – депрессию или агрессию, раздражительность, плаксивость и т. д.

Другая гормональная теория связывает предменструальный синдром с гиперсекрецией гормона пролактина, вызывающего задержку воды и натрия, изменения в грудных железах.

В развитии предменструального синдрома также доказана определенная роль простагландинов – гормоноподобных веществ, вырабатываемых в тканях организма и участвующих в регуляции многих физиологических процессов. Избыток простагландинов вызывает мигреноподобные головные боли, пищеварительные расстройства, вегето-сосудистые реакции.

Другие многочисленные теории рассматривают в качестве причин возникновения предменструального синдрома расстройства водно-солевого обмена (теория водной интоксикации), дефицит витаминов (витамина А, В6) и микроэлементов (кальция, магния, цинка), генетический фактор, гипоталамические нарушения.

Ряд исследователей полагает, что предменструальный синдром вызывается целым комплексом причин, которые являются индивидуальными в каждом клиническом случае. Поэтому диагностика предменструаль-

ного синдрома имеет свою специфику и определенные сложности.

Основным диагностическим критерием предменструального синдрома является цикличность, периодический характер возникающих накануне менструации жалоб и их исчезновение после менструации.

Диагноз «предменструальный синдром» может быть поставлен на основании следующих признаков:

- состояние агрессии или депрессии
- эмоциональная неуравновешенность: перепады настроения, плаксивость, раздражительность
- плохое настроение, чувство тоски
- снижение эмоционального тонуса и интереса к происходящим событиям.
- повышенная утомляемость и слабость.
- понижение внимания, ухудшение памяти.
- изменение аппетита и вкусовых пристрастий, признаки булимии, увеличение веса.
- бессонница или сонливость.
- болезненное напряжение молочных желез, отеки
- головные, мышечные или суставные боли.
- ухудшение течения хронической экстрагенитальной патологии.

Проявление пяти из вышеперечисленных признаков при обязательном наличии хотя бы одного из четырех первых позволяет с уверенностью говорить о предменструальном синдроме. При определении тяжести течения предменструального синдрома исходят из количества симптоматических проявлений, выделяя легкую и тяжелую форму предменструального синдрома.

Легкая форма предменструального синдрома проявляется 3-4 характерными симптомами, появляющимися за 2-10 дней до начала менструации, либо наличием 1-2. При тяжелой форме предменструального синдрома количество симптомов увеличивается до 5-12, они появляются за 3-14 дней до начала менструации. При этом все они или несколько симптомов выражены значительно.

Кроме того, показателем тяжелой формы течения предменструального синдрома всегда является нарушение трудоспособности, вне зависимости от выраженности и количества других проявлений. Снижение трудоспособности обычно отмечается при нейропсихической форме предменструального синдрома.

Лечение ПМС представляет собой достаточно трудную задачу. Несмотря на широкую распространенность ПМС в терапии этого состояния до настоящего времени остаются неразрешенными некоторые вопросы. Патогенетическая терапия должна сочетать мероприятия, направленные на наиболее выраженные проявления нарушений в гипоталамусе. Рациональная схема лечения включает психотерапию, правильное питание, лечебную физкультуру, применение транквилизаторов, антидепрессантов, витаминов А, В, С и половых гормонов. Учитывая ведущую роль гормональных нарушений в развитии этого симптомокомплекса, для его лечения применяются различные гормональные препараты. Целью такого лечения являются блокада овуляции и снятие циклических колебаний уровней половых стероидов. Вместе с тем у таких больных часто отмечаются психоэмоциональные и неврологические проблемы: межличностные, учащаются конфликтные ситуации в

семье, на работе. Нередко снижена самооценка, самоуважение, повышается обидчивость, отмечаются случаи потери работы, аварийные ситуации при вождении транспорта. Поэтому лечение больных с ПМС следует начинать с психотерапии. Медикаментозная терапия включает назначение психотропных средств - антидепрессантов, а также анксиолитических средств [4,6,8,9]. Немедикаментозная терапия включает в себя психотерапевтическое лечение, соблюдение режима труда и полноценного отдыха, лечебную физкультуру, физиотерапию. Важным моментом является соблюдение сбалансированного рациона питания с употреблением достаточного количества растительного и животного белка, растительной клетчатки, витаминов. Во второй половине менструального цикла следует ограничить употребление углеводов, животных жиров, сахара, соли, кофеина, шоколада, спиртных напитков. Симптоматическое лечение предменструального синдрома предполагает применение болеутоляющих, мочегонных, противоаллергических препаратов. Лечение предменструального синдрома – это длительный, иногда продолжающийся на протяжении всего репродуктивного периода процесс, требующий от женщины внутренней дисциплины и неуклонного выполнения всех предписаний врача. Прежде всего, нужно осознать наличие проблемы и приступить к борьбе с ней. Мужчины тоже должны принимать участие и помогать своим спутницам, а не ждать чудесного перевоплощения. Совместные усилия наверняка приведут к положительным сдвигам и улучшат качество жизни.

Литература:

1. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром. Гинекология 2005;7:4:210–214.
2. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома. Гинекология 2005;7:4:214–219.
3. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Применение оральных контрацептивов с дроспиреноном в лечении предменструального синдрома. Гинекология (экстра-выпуск) 2006;7–10.
4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., МИА: 2006; 632 с.
5. Татарчук Т.Ф., Венцовская И.Б., Шевчук Т.В. Предменструальный синдром. Киев: Заповит 2003;111–146.
6. Аганезова Н.В., Сливанкова Е.В., Линде В.А., Шабалина А.Ю. Гормональная терапия предменструального синдрома. Вестн перинатол акуш и гинекол (Красноярск) 2006;13:267–275.
7. Аганезова Н.В., Сливанкова Е.В., Линде В.А. Влагалищная гормональная контрацепция: лечебные эффекты при предменструальном синдроме, безопасность и приемлемость. Пробл репрод 2007;13:3:32–41.
8. Линде В.А., Татарова Н.А. Предменструальный синдром. Ст-Петербург: Гиппократ 2005;216.
9. Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром. Гинекология 2002;4:3:115–120.
10. Королева Г.П. Рефлексотерапия женщин с раздраженной толстой кишкой на фоне предменструального синдрома: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград 1989;23.