

УДК 618.17-008.8-036.4

ЯКОВЛЕВА Э.Б., БАБЕНКО О.М., ПИЛИПЕНКО О.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Резюме. Предменструальный синдром (ПМС) — сложный циклический симптомокомплекс, возникающий у некоторых женщин в предменструальные дни и характеризующийся психоэмоциональными, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями.

На сегодняшний день этиопатогенетические механизмы синдрома недостаточно изучены. Существует множество теорий, объясняющих появление симптоматики ПМС. Наиболее современной теорией генеза ПМС является теория нарушения обмена нейромедиаторов в центральной нервной системе. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют четыре основные клинические формы болезни. Помимо этого, в зависимости от количества, длительности и интенсивности симптомов во время ПМС различают легкую и тяжелую формы течения заболевания. Также выделяют три стадии синдрома: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

В связи с тем, что симптомов ПМС насчитывается огромное количество, в диагностике заболевания имеются некоторые трудности. Основой проведения диагностики является цикличность патологических симптомов, возникающих за несколько дней до менструации. Основными методами лечения предменструального синдрома являются фармакотерапия, гормональная терапия и немедикаментозное лечение. При положительном эффекте от проводимой терапии рекомендуется профилактическое поддерживающее лечение, включающее витаминные препараты и транквилизаторы.

Ключевые слова: предменструальный синдром, женщины, лечение.

Предменструальный синдром (ПМС), или синдром предменструального напряжения, предменструальная болезнь, циклический синдром, — сложный циклический симптомокомплекс, возникающий у некоторых женщин в предменструальные дни (за 2–10 дней до менструации) и характеризующийся психоэмоциональными, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, которые, в свою очередь, негативно сказываются на привычном для женщины образе жизни.

Определенную роль в проявлении симптомов ПМС играют провоцирующие факторы, такие как роды и аборты, нервно-психические стрессы, инфекционные заболевания. Точная причина развития циклического синдрома до сих пор неизвестна. Помимо этого, чаще ПМС наблюдается у эмоционально лабильных женщин с недостатком массы тела и у женщин, занимающихся интеллектуальным трудом.

Частота предменструального синдрома полностью зависит от возраста женщины: чем старше — тем частота больше и колеблется от 25 до 90 %. В возрасте от 19 до 29 лет ПМС наблюдается у 20 % женщин, после 30 лет синдром встречается примерно у каждой второй женщины. После 40 лет частота достигает 55 %. Были также зарегистрированы случаи, когда предменструальный синдром наблюдался у девушек сразу по наступлении менархе.

На сегодняшний день этиопатогенетические механизмы синдрома недостаточно изучены. Суще-

ствует множество теорий, объясняющих появление симптоматики ПМС:

- гормональная;
- аллергическая;
- теория водной интоксикации;
- гипердренокортикальной активности и увеличения альдостерона;
- психосоматических нарушений.

Самой первой сложившейся теорией предменструального синдрома является **гормональная**, основоположником которой был Роберт Франк. В 1931 году он предположил, что предменструальный синдром обусловлен нарушением соотношения эстрогенов и прогестерона в лютеиновой фазе менструального цикла. Избыток первого гормона и недостаток второго способствуют развитию таких симптомов, как головная боль, адинамия, повышенная утомляемость, снижение диуреза. Объясняется это тем, что большое количество эстрогенов вызывает гипогликемию, что характеризуется чувством усталости, а недостаток прогестерона приводит к задержке жидкости в организме. Основным положением гормональной теории является тезис: «ПМС не существует без овариальной активности», то есть предменструальный синдром не может воз-

© Яковлева Э.Б., Бабенко О.М., Пилипенко О.Н., 2014

© «Медицина неотложных состояний», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

никнуть до полового созревания, после менопаузы, в период беременности и у женщин, у которых отсутствуют яичники.

На сегодняшний день имеются работы, которые доказывают, что гормональный фон женщины при ПМС не изменяется. В связи с этим можно предположить, что предменструальный синдром развивается не только от дефицита прогестерона, но и от особенностей его метаболизма в центральной нервной системе (ЦНС). При нормальном метаболизме прогестерон способен образовывать аллопрегнанолон, который стимулирует ГАМК-А-рецепторы, а также повышает активность хлоридных ионных каналов нейронных мембран, обеспечивая седативный эффект. При нарушениях метаболизма прогестерона в ЦНС гормон образует прегнанолон, который является антагонистом ГАМК-А- и -В-рецепторов, наличие которых может объяснить клинические проявления ПМС. Также прегнанолон может вызвать депрессию, часто встречающуюся при предменструальном синдроме. Помимо этого, в гормональной теории возникновения ПМС рассматриваются изменения содержания андрогенов, кортикостероидов, а также гиперпродукция задней и средней долей гипофиза.

Согласно **аллергической** теории, предменструальный синдром является результатом гиперчувствительности к эндогенному прогестерону. Доказать ее сущность можно с помощью положительной внутрикожной пробы с половыми стероидными гормонами в лютеиновую фазу менструального цикла.

Теория **водной интоксикации** гласит о том, что задержка жидкости у больных ПМС обусловливается нейроэндокринными нарушениями, например изменениями в системе «ренин — ангиотензин — альдостерон». Предполагается, что повышение секреции адренокортикотропного гормона гипофизом под влиянием стресса, а также высоких уровней гормонов серотонина и ангиотензина II влияет на увеличение образования альдостерона. Ангиотензиноген, в свою очередь, секретируется печенью под влиянием эстрогенов, а ренин является ферментом, превращающим ангиотензиноген в ангиотензин.

Теория **гиперадренокортикальной активности и увеличения альдостерона** строит гипотезу о том, что эстрогены способны увеличивать уровень ренина в плазме крови посредством увеличения ангиотензиногена печенью, в связи с чем увеличивается активность гормонов (ренина и ангиотензина II), что приводит к избытку альдостерона. В свою очередь, прогестерон увеличивает активность ренина, вследствие чего увеличивается секреция и выведение альдостерона. Так, при альдостеронизме в почечных каналах происходит обратное всасывание натрия, в ходе которого теряется калий и кальций, а также накапливается жидкость в тканях, прогестерон — антагонист альдостерона, значит, при его недостаточности возможно развитие явления вторичного гиперальдостеронизма.

Наиболее современной теорией генеза ПМС является теория **нарушения обмена нейромедиаторов в**

ЦНС. Согласно данной теории, предменструальный синдром можно рассматривать как функциональное расстройство центральной нервной системы из-за действия внешних факторов на фоне врожденной или же приобретенной лабильности гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы.

В последние годы в патогенезе ПМС значительное внимание уделяют пептидам интермедиальной доли гипофиза — меланостимулирующему гормону. Данный гормон под влиянием половых стероидов и при взаимодействии с эндорфином может способствовать изменениям настроения. Эндорфины также могут быть причиной изменения настроения, поведения, повышения аппетита и чувства жажды.

В отдельных случаях результатом вызванного эндорфинами увеличения уровней пролактина, вазопрессина и ингибирующего влияния их на действие простагландина E могут быть нагрубание молочных желез, запоры, задержка жидкости в организме и метеоризм.

Помимо всего прочего, развитие предменструального синдрома может быть связано с наличием авитаминоза в лютеиновую фазу менструального цикла.

Менструальные циклы женщины непосредственно связаны с яичниками и, соответственно, с эстрогенами. Самый активный гормон группы эстрогенов — эстрадиол, синтезирующийся в фолликулах, два остальных эстрогена, являющихся производными эстрадиола, синтезируются еще в надпочечниках и плаценте. В период менструального цикла эти гормоны индуцируют пролиферацию эндометрия и эпителия влагалища, а также усиление секреции слизи цервикальными железами. Помимо этого, секреция эстрогенов стимулирует проявление вторичных половых признаков у женщин, увеличение молочных желез в период беременности, синтез ряда транспортных белков и регулирует лютеинизирующий гормон и гонадолиберин.

Прогестерон, в свою очередь, вырабатывается желтым телом яичника, плацентой и надпочечниками. Он образуется во второй половине менструального цикла, действуя на эндометрий и индуцируя секрецию слизи. Так же как и эстроген, прогестерон отвечает за увеличение молочных желез женщины во время беременности.

Клиническая картина предменструального синдрома характеризуется своим симптоматическим многообразием. Она включает в себя:

- психоэмоциональные симптомы (раздражительность, депрессию, плаксивость);
- симптомы вегетососудистых нарушений (головная боль, тошнота, рвота, боли в сердце);
- симптомы, отражающие обменно-эндокринные нарушения (нагрубание молочных желез, отеки, зуд, повышение температуры тела и др.).

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют четыре основные клинические формы болезни: *нервно-психическую, отечную, цефалгическую и кризовую*. Помимо этого, в зависимости от количества, длительности и интенсив-

ности симптомов во время ПМС различают легкую и тяжелую формы течения заболевания. К легкой форме ПМС относят состояние, при котором наблюдается 3–4 симптома за 2–10 дней до менструации, к тяжелой форме относят состояние, для которого характерно проявление 5–12 симптомов за 3–14 дней до начала менструации. Также выделяют три стадии синдрома: *компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную*.

Клиника нервно-психической формы ПМС выражена такими симптомами, как раздражительность, депрессия, слабость, агрессивность, плаксивость, а также повышенная чувствительность к запахам и звукам, онемение конечностей, нагрубание молочных желез и метеоризм. Отмечено, что если у молодых женщин при данной форме предменструального синдрома преобладает депрессия, то в переходном возрасте превалирует агрессивность. Нервно-психическая форма занимает первое место по распространенности среди других форм, она наблюдается примерно у 43,3 % больных женщин. Средний возраст пациенток с данной формой ПМС составляет 33 ± 5 лет. В раннем репродуктивном возрасте данная форма регистрируется у 18 %, в активном репродуктивном — у 69 %, в позднем — у 40 % страдающих предменструальным синдромом.

В клинической картине отеочной формы ПМС преобладают болезненность молочных желез, отеочность лица и конечностей, вздутие живота, зуд кожи, а также потливость, раздражительность и слабость. У большинства женщин с ПМС в лютеиновую фазу наблюдается задержка жидкости до 500–700 мл. Отеочная форма предменструального синдрома занимает третье место по распространенности среди других форм циклической болезни, уступая нервно-психической и цефалгической (встречается у 20 % женщин). Данная форма ПМС является наиболее распространенной у женщин раннего репродуктивного возраста (≈ 46 %), а реже всего отеочная форма встречается у женщин активного репродуктивного возраста (≈ 6 %).

Для клинической картины цефалгической формы предменструального синдрома характерны головные боли, раздражительность, тошнота, рвота, головокружение, повышенная чувствительность к запахам и звукам, депрессии, боли в сердце, нагрубание молочных желез, онемение рук, потливость. Головная боль при данной форме болезни пульсирующая, дергающая и начинается в височной доле. Цефалгической форме ПМС присуще тяжелое течение с постоянными рецидивами. По распространенности данная форма занимает второе место и встречается примерно у 20 % страдающих синдромом женщин. Наиболее часто наблюдается у больных раннего и позднего репродуктивного возраста (≈ 32 и 20 % соответственно).

При кризовой форме ПМС ярко выражены симпатоадреналовые кризы, которые начинаются с повышения артериального давления, появления страха смерти, чувства сдавливания груди, онемения конечностей. Кризы, как правило, возникают ве-

чером или ночью и заканчиваются обильным мочеотделением. Такие кризы могут быть результатом продолжительных стрессов, усталости, инфекций. Данная форма — наиболее тяжелое проявление предменструального синдрома, однако наименее распространенное. Всего у 4 % больных женщин раннего репродуктивного возраста наблюдается кризовая форма ПМС, у 12,5 % больных активного фертильного возраста и у 20 % позднего.

Однако помимо этих основных четырех форм предменструального синдрома существует атипичная форма, включающая в себя гипертермическую, гиперсомническую формы, офтальмоплегическую форму мигрени, а также циклические аллергические реакции.

Для гипертермической формы характерно повышение температуры тела во вторую фазу и ее снижение с началом менструации, гиперсомнической формы — сонливость в эту фазу менструального цикла. Офтальмоплегическая форма мигрени характеризуется односторонним закрытием глаза, а также гемипарезом в лютеиновую фазу. Циклические аллергические реакции включают в себя язвенный гингивит и стоматит, рвоту, бронхиальную астму, иридоциклит, менструальную мигрень.

На сегодняшний день известно более 200 симптомов предменструального синдрома, однако наиболее распространенными считаются раздражительность, напряженность и дисфория.

В связи с тем, что симптомов ПМС насчитывается огромное количество, в диагностике заболевания имеются некоторые трудности. Основой проведения диагностики является цикличность патологических симптомов, возникающих за несколько дней до менструации. Женщины, страдающие данным синдромом, зачастую обращаются к разным специалистам в зависимости от преобладания тех или иных симптомов, однако иногда врачи, не подозревая у пациентки ПМС, считают лечение этих симптомов положительным, хотя на самом деле такой же эффект будет и без лечения сразу после начала первой фазы менструального цикла, а с наступлением через месяц лютеиновой фазы отмечается только ухудшение состояния больной.

Нередко установлению диагноза помогает ведение женщиной своеобразного дневника, в котором ежедневно в течение всего менструального цикла отмечаются все симптомы. Помимо этого, необходимо проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ) и реоэнцефалографии (РЭГ) сосудов головного мозга, определение пролактина, прогестерона в крови до и во время менструации. В зависимости от тяжести заболевания и возраста больной также оценивают состояние центральной нервной системы, уточняют уровни поражения головного мозга с помощью рентгенологических и нейрофизиологических исследований.

При нервно-психической форме ПМС необходимо проконсультироваться у невролога и психиатра, которые, как правило, назначают проведение ЭЭГ, РЭГ и краниографию. При отеочной форме

необходимо следить за диурезом и количеством выпитой жидкости в течение 3–4 дней до и во время менструации (в нормальном состоянии жидкости выделяется на 300–400 мл больше, чем выпивается). При данной форме циклического синдрома возможно назначение маммографии, также определяют показатели остаточного азота и креатинина, исследуют выделительную функцию почек. При цефалгической форме предменструального синдрома наблюдаются изменения костей свода черепа и турецкого седла, в связи с чем проводят их рентгенографию, выполняются ЭЭГ, РЭГ, изучается состояние глазного дна. Рекомендуется проконсультироваться у невропатолога, окулиста и аллерголога. При кризовой форме ПМС измеряются диурез, количество выпитой жидкости и артериальное давление. Проводятся ЭЭГ, РЭГ сосудов головного мозга, краниография.

Главной целью лечения предменструального синдрома является нормализация функций гипоталамуса, дегидратация, а также устранение сопутствующих женских заболеваний, инфекций и токсикоза. Лечение ПМС зависит от тяжести течения синдрома, начальный курс длится около одного года. Улучшения состояния можно добиться только путем трехмесячного цикла терапии с перерывом в 2–3 месяца, а при появлении рецидива курс лечения необходимо вновь продолжить.

Основными методами лечения предменструального синдрома являются фармакотерапия, гормональная терапия и немедикаментозное лечение. При положительном эффекте от проводимой терапии рекомендуется профилактическое поддерживающее лечение, включающее витаминные препараты и транквилизаторы.

Немедикаментозное лечение включает всевозможные виды массажа, бальнеотерапию, физиотерапию, а также рефлексотерапию. Помимо этого, назначают до 10 процедур эндоназального электрофореза с витаминами В₁ с пятого дня менструального цикла. Сеансы рефлексотерапии проводятся через каждые 1–2 дня. В зависимости от тяжести течения заболевания план лечения может меняться. Так, при легких формах ПМС сначала назначаются аэротерапия, бальнеотерапия, затем рекомендуется проводить гидроаэроионотерапию, общую франклинизацию, электросон, гальванизацию. После перерыва в 6–8 недель применяют курс электрофореза кальция, бальнеотерапию и санаторно-курортное лечение.

Гормональная терапия проводится при недостаточности второй фазы менструального цикла и заключается в применении гормонов, таких как прогестерон, эстроген-гестагенные препараты, бромкриптин и другие. Как правило, прогестерон назначают на фоне применения диуретиков в лютеиновую фазу менструального цикла ежедневно до менструации. Девушкам переходного возраста гестагены назначают в сочетании с андрогенами. При ановуляции в репродуктивном возрасте или в пременопаузе в первую фазу цикла назначают эстро-

гены, а во вторую — гестагены с андрогенами по 10–15 мг в сутки.

Основной целью фармакотерапии ПМС является облегчение симптомов, присутствующих почти у 80 % женщин. Фармакологический метод должен сочетаться с правильно дозированной физической нагрузкой, полноценным сном и отдыхом, а также правильным питанием. Фитопрепараты, психотропы, антиоксиданты, микроэлементы и некоторые другие помогают снять симптомы и улучшить качество жизни.

Организм женщины следует поддерживать следующими препаратами:

— кальций и витамин В₆, влияющие на эндокринную систему, которые, в свою очередь, приносят облегчение и уменьшают повышенную агрессивность и депрессивность;

— препараты, оказывающие ангиопротекторное действие (витамины С, А, Е, принимающие участие в реакции тканевого метаболизма, и микроэлементы, такие как цинк, медь, селен, осуществляющие контроль над реакциями окисления и предотвращающие появление в организме токсических продуктов);

— препараты, обладающие психотропными и седативными свойствами (группы ноотропов);

— фитопрепараты.

Дефицит Mg и В₆ вызывает дистресс, тревогу, депрессию.

Нарушение обмена Mg играет одну из ключевых ролей в патогенезе и клинических проявлениях ПМС. Применение препаратов Mg оказывает выраженный клинический эффект у женщин с ПМС. 6 из 10 больных имеют гипомagneмию, пик дефицита магния совпадает с патологическим дисбалансом половых гормонов, отмечается идентичность нервно-психической и вегетососудистой симптоматики, четкий потенцирующий эффект магния с витамином В₆ на любые виды терапии ПМС.

Препараты магния нормализуют баланс магния в организме:

— при предменструальном синдроме;

— психовегетативных расстройствах;

— прегравидарной подготовке к беременности;

— гиперплазии эндометрия;

— длительном стрессе.

Профилактика предменструального синдрома заключается в изменении привычного образа жизни и витаминотерапии. Необходимо исключить стрессовые ситуации, резкие смены климата, аборт и применение комбинированных оральных контрацептивов. Положительно сказывается регулярное выполнение различных аэробных упражнений, сеансы релаксации, медитация или йога. Помимо этого, ни в коем случае нельзя злоупотреблять кофеином и алкоголем, также желательно принимать пищу небольшими порциями в течение всего дня, чтобы исключить длительные периоды времени без еды. Желательно следить за приемом витаминов, для профилактики раздражительности и устало-

сти рекомендується приймати 100 мг вітаміна В₆, 400 мг магнія і 1000 мг кальція, а вітамін Е може бути полезен для молочних желез.

Список литературы

1. Oxidant/antioxidant status in premenstrual syndrome / [Duvan C.I., Cumaoglu A., Turhan N.O. et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. — 2010. — Vol. 177. — P. 211-219.
2. Premenstrual dysphoric disorder — review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy / [Zukov I., Ptacek R., Raboch J. et al.] // Prague Med. Rep. — 2010. — Vol. 111, № 1. — P. 12-24.
3. Серов В.Н. Предменструальный синдром: тактика ведения пациенток в амбулаторно-поликлинической практике /

В.Н. Серов, В.Л. Тютюнник, М.А. Твердикова // РМЖ Мать и дитя. Акушерство и гинекология. — 2010. — № 19.

4. Аганезова Н.В. Предменструальный синдром: нейроиммунноэндокринные соотношения / Н.В. Аганезова, А.Б. Чухловин // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2012. — № 4. — С. 32-39.

5. Аганезова Н.В. Роль наследственных и гормональных факторов в развитии предменструального синдрома / Н.В. Аганезова // Журнал акуш. и жен. бол. — 2011. — LX: 1. — С. 12-19.

6. Decreased blood serotonin in the premenstrual phase enhances negative mood in healthy women / [Kikuchi H., Nakatani Y., Seki Y. et al.] // J. Psychosom. Obstet. Gynaec. — 2010. — Vol. 31, № 2. — P. 83-89.

Получено 17.02.14 ■

Яковлева Е.Б., Бабенко О.М., Пилипенко О.М.
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

Yakovleva E.B., Babenko O.M., Pilipenko O.N.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Резюме. Передменструальний синдром (ПМС) — складний циклічний симптомокомплекс, що виникає у деяких жінок у передменструальні дні та характеризується психо-емоційними, вегетосудинними й обмінно-ендокринними порушеннями.

На сьогоднішній день етіопатогенетичні механізми синдрому недостатньо вивчені. Існує безліч теорій, що пояснюють появу симптоматики ПМС. Найбільш сучасною теорією генезу ПМС є теорія порушення обміну нейромедіаторів у центральній нервовій системі. Залежно від переважання тих чи інших симптомів виділяють чотири основні клінічні форми хвороби. Крім цього, залежно від кількості, тривалості й інтенсивності симптомів під час ПМС розрізняють легку і тяжку форми перебігу захворювання. Також виділяють три стадії синдрому: компенсовану, субкомпенсовану і декомпенсовану.

У зв'язку з тим, що симптомів ПМС налічується величезна кількість, у діагностиці захворювання є деякі труднощі. Основою проведення діагностики є циклічність патологічних симптомів, що виникають за кілька днів до менструації. Основними методами лікування передменструального синдрому є фармакотерапія, гормональна терапія та немедикаментозне лікування. При позитивному ефекті від проведеної терапії рекомендується профілактичне підтримуюче лікування, що включає вітамінні препарати і транквілізатори.

Ключові слова: передменструальний синдром, жінки, лікування.

PREMENSTRUAL SYNDROME

Summary. Premenstrual syndrome (PMS) — complex cyclic group of symptoms occurring in some women in premenstrual days and characterizing by psychoemotional, vegetovascular, metabolic and endocrine impairments.

Today etiopathogenic mechanisms of syndrome are poorly studied. There are many theories to explain the appearance of PMS symptoms. The most modern theory of PMS origin is the theory of neurotransmitter metabolism disturbances in the central nervous system. Depending on the prevalence of certain symptoms there are evolved four main clinical forms of the disease. Except that, depending on the number, duration, and intensity of symptoms during PMS there are distinguished the mild and severe forms of the disease's course. Also, there are three stages of the syndrome: compensated, subcompensated and decompensated.

Due to the huge amount of PMS symptoms there are some difficulties in the diagnosis of disease. The basis for the diagnosis is cyclicity of pathological symptoms, occurring a few days before menstruation. The main therapy methods for premenstrual syndrome are pharmacotherapy, hormone therapy and non-drug treatment. If the effect of the therapy is positive, preventive supportive treatment, including vitamins and tranquilizers, is recommended.

Key words: premenstrual syndrome, women, treatment.