

# ЦИКЛический синдром



Предменструальный синдром (ПМС) — циклическое изменение психоэмоционального и физического состояния, которое наступает за несколько дней до менструации и нарушает привычный образ жизни и работоспособность. Его диагностируют у 9–20% женщин репродуктивного возраста, хотя на практике такое состояние наблюдается гораздо чаще

это состояние зачастую развивается у женщин с нормальным соотношением половых гормонов.

Естественно, сторонников гормональной теории поубавилось. Не оправдали надежд своих приверженцев и другие теории генеза ПМС — аллергическая, дисбаланса биологически активных веществ, водной интоксикации. В итоге большинство исследователей сошлись во мнении, что ПМС формируется в результате взаимодействия между циклическими изменениями уровня яичниковых стероидов (эстрогенов и прогестерона), центральными нейротрансмиттерами (серотонином, β-эндорфином, γ-аминомасляной кислотой) и вегетативной нервной системой, ответственной за развитие соматических симптомов. Сегодня эта гипотеза считается наиболее вероятной.

Отечная форма характеризуется резко выраженным нагрубением и болезненностью молочных желез, вздутием живота, отечностью лица, голеней и пальцев рук. Но при этом задержка жидкости во второй фазе цикла отмечается только у 75% женщин. У остальных, несмотря на выраженные отеки, водный баланс остается нормальным.

Характерный признак цефалгической формы — головная боль, чаще двухсторонняя, вызывающая ощущение сдавливания повязкой, не усиливающаяся от привычных физических нагрузок и редко сопровождающаяся психовегетативными симптомами. Несколько реже — пульсирующая в височной области с иррадиацией в глазное яблоко, сопровождающаяся тошнотой и рвотой (менструальная мигрень).

## ХРОНИКА СОБЫТИЙ

О ПМС существует информация с 1953 г., но еще в 1847 г. д-р Ernst F. Von Feuchtersleben заметил, что «у чувствительных женщин менструации почти всегда сопровождаются душевным беспокойством, раздражительностью и унынием». А ровно через 40 лет вышла книга I.T. Chakalo «Женщина в период месячных очищений», где описывались случаи крайнего проявления предменструальных психических расстройств, начиная от убийств и заканчивая каннибализмом. В 1931 г. R.T. Frank, основываясь на собственных наблюдениях, выдвинул предположение, что ПМС (в его терминологии — «предменструальное напряжение») является результатом абсолютной или относительной гиперэстрогении во второй фазе цикла. Позднее F.D. Israel, изучив состояние эндометрия в предменструальный период, пришел к выводу, что причина гиперэстрогении и развития ПМС заключается в недостаточной секреции прогестерона. И надо сказать, что гормональная теория, предложенная Frank и дополненная Israel, позволила объяснить многие проявления ПМС. Но со временем появились многочисленные исследования, свидетельствующие о том, что

## ФОРМЫ И СИМПТОМЫ ПМС

Проявления ПМС весьма разнообразны. Но в зависимости от превалирования в клинической картине тех или иных симптомов выделяют четыре основные формы заболевания — нейропсихическую, отечную, цефалгическую и кризовую.

Нейропсихическая форма проявляется психоэмоциональными симптомами — раздражительностью, подавленностью, слабостью, плаксивостью, агрессивностью и зачастую сопровождается повышенной чувствительностью к звукам и запахам, онемением рук, метеоризмом, нагрубением молочных желез.

**Кризовой и цефалгической формами ПМС страдают в основном женщины 45–49 лет, отечной — 20–25 лет, а нейропсихическая форма чаще наблюдается у женщин 16–19 и 25–34 лет**

Кроме того, примерно у трети женщин отмечаются подавленность, боль в грудной клетке, потливость, онемение рук.

Кризисная форма проявляется симпатоадреналовыми кризисами. Развитие кризов могут спровоцировать стресс, усталость или инфекционное заболевание. Довольно часто симпатоадреналовые кризисы развиваются у женщин с нелечеными формами ПМС, описанными выше. Возникают кризисы ночью или вечером и начинаются с повышения артериального давления, затем появляются ощущение сдавливания за грудиной, чувство тревоги, онемение конечностей и тахикардия. Заканчиваются кризисы обильным мочеиспусканием.

Однако, в отличие от других форм ПМС, даже в межкризисные периоды у женщин наблюдаются некоторые симптомы. Как правило, это головная боль, раздражительность, повышение артериального давления.

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

На сегодня одной из наиболее действенных стратегий лекарственной терапии считается коррекция циклических эндокринных и биохимических изменений. В частности, при помощи монофазных комбинированных пероральных контрацептивов. Причем предпочтение отдается дроспиренонсодержащим препаратам.

Дело в том, что дроспиренон обладает антиминералокортикоидными и антиандрогенными свойствами. Судя по имеющимся сведениям, за счет антиминералокортикоидной активности дроспиренонсодержащие контрацептивы существенно уменьшают выраженность таких симптомов ПМС, как задержка жидкости, нагрубание и болезненность молочных желез. Тогда как антиандрогенное действие дроспиренона, по-видимому, обеспечивает уменьшение выраженности психоэмоциональных симптомов.

Неплохо зарекомендовала себя и внутриматочная система, выделяющая непосредственно в матку всего 20 мкг левоноргестрела в сутки. Как показывает практика, использование ВМС снижает вероятность появления симптомов ПМС или их выраженность. Объясняется это тем, что доза левоноргестрела в крови намного ниже, чем при пероральном использовании прогестагена, и выделяется она равномерно, без пиков и снижений. Показана такая терапия прежде всего женщинам, у которых ПМС сочетается с дисменореей и/или меноррагией. Правда, в каждом пятом случае через год после введения ВМС развивается обратимая аменорея.

Помимо контрацептивов, в лечении ПМС широко применяются селективные ингибиторы обратного захвата серото-

нина (СИОЗС) и так называемые норадренергические антидепрессанты. Из всех СИОЗС, продемонстрировавших достаточно высокую эффективность при ПМС, пожалуй, только циталопрам практически не влияет на катехоламинергические нейротрансмиттерные системы. Другие представители этой группы антидепрессантов оказывают так называемое вторичное действие: флуоксетин и сертралин — стимулирующее; пароксетин и флувоксамин — седативное. В зависимости от характера вторичного эффекта препараты назначают утром или вечером. Первые 7 дней — по 1/4 таблетки в сутки. Затем дозу постепенно увеличивают обычно до 1 таблетки в сутки, иногда — до 2. Но в обоих случаях в первую фазу цикла дозу несколько снижают, достигая максимальной величины к моменту наиболее выраженного проявления симптомов ПМС. Как правило, полный терапевтический эффект наступает через 2–4 мес. А длительность курса лечения составляет 4–6 мес.

Норадренергические антидепрессанты, такие как миансерин или миртазапин,

нервозность, плаксивость и болезненность молочных желез.

К слову сказать, купировать циклическую масталгию можно фитопрепаратами на основе прутняка обыкновенного и примулы вечерней, причем последняя также устраняет головную боль.

Ламара Львова, канд. биол. наук



## КРОМЕ ОСНОВНЫХ ФОРМ ПМС, СУЩЕСТВУЮТ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ АТИПИЧНЫЕ:

- **гипертермическая** (характеризуется циклическим повышением температуры тела до 37,2–38 °С при отсутствии признаков воспалительных процессов в организме);
- **гиперсомническая** (проявляется циклической дневной сонливостью);
- **циклические аллергические реакции;**
- **язвенный гингивит и стоматит;**
- **циклический иридоциклит** (проявляется воспалением радужки и цилиарного тела).

*Наблюдаются атипичные формы крайне редко и, судя по доступной информации, частота их проявлений от возраста не зависит*

обычно назначают при нарушениях сна и тревожных расстройствах по 1 таблетке ежедневно перед сном. Кроме того, при ПМС оправдано применение комплексного препарата, включающего хорошо усваиваемую органическую соль магния и пиридоксин. Как показывают исследования, к шестому месяцу терапии таким препаратом (до 6 таблеток в сутки в 2–3 приема) значительно уменьшается выраженность таких симптомов, как нарушения сна, отечность, боль внизу живота, раздражительность,