

Предменструальный синдром

Возможно ли решение проблемы?

Предменструальный синдром (ПМС) – одно из наиболее частых нарушений, с которым сталкиваются женщины репродуктивного возраста. ПМС значительно ограничивает работоспособность и социальную активность, ухудшает качество жизни пациенток.

➔ О возможностях медикаментозной и немедикаментозной коррекции проявлений данного синдрома рассказала гинеколог-эндокринолог Киевского городского центра эндокринологии и обмена веществ **Анита Васильевна Трампольская**.

– Пациентки каких групп наиболее подвержены развитию ПМС?

– По данным ряда авторов, распространенность ПМС в разных возрастных группах женщин составляет от 20 до 70%. ПМС сегодня называют «болезнью цивилизации», поскольку частота этого нарушения выше среди представительниц европеоидной расы, занятых интенсивным интеллектуальным трудом, проживающих в мегаполисах, совершающих частые перелеты со сменой часовых поясов, находящихся в состоянии хронического стресса. Риск развития ПМС повышается при его наличии у родственниц первой линии (матери, сестры), присутствии в анамнезе нарушений менструального цикла, воспалительных заболеваний гениталий или гинекологических операций, эндометриоза, генитального кандидоза, вегетососудистой дистонии, черепно-мозговых травм или нейроинфекции, нейроэндокринных заболеваний (особенно метаболического синдрома и сахарного диабета), а также при неправильном образе жизни.

– Какие симптомы могут свидетельствовать о наличии у пациентки данного расстройства?

– Всего выявлено более 150 различных симптомов ПМС, причем у каждой женщины они индивидуальны и встречаются в разных сочетаниях. В зависимости от превалирования в клинической картине тех или иных симптомов выделяют четыре формы ПМС: нейропсихическую (среди жалоб отмечаются раздражительность, тревога, агрессивность, депрессивные проявления); отечную (имеют место отеки, масталгия, нагрубание молочных желез, вздутие живота, увеличение массы тела); цефалгическую (превалируют жалобы на головные боли по типу мигрени или головной боли напряжения); кризовую (отмечаются повышение артериального давления, за грудиной боль и/или учащение сердцебиения при неизменной ЭКГ, онемение и похолодание конечностей, озноб). В последнее время все чаще приходится сталкиваться со смешанными формами ПМС, при этом в симптоматике превалируют раздражительность и лабильность психики, мастодиния, увеличение массы тела, абдоминальные боли. Сегодня также существует понятие предменструального дисфорического расстройства – тяжелой предменструальной симптоматики в сочетании с депрессивными проявлениями. Выраженность симптомов может

быть различной, поэтому тяжесть течения ПМС оценивают не столько по количеству симптомов, сколько по степени ограничения трудоспособности и социальной активности пациентки.

– Каковы современные представления о природе ПМС?

– Механизмы, приводящие к развитию ПМС, взаимосвязаны, при этом в настоящее время ведущий фактор не определен. Так, выявлена корреляция между наличием ПМС и нарушением метаболизма эстрогенов и прогестерона: изменение синтеза и обмена половых гормонов влияет на активность нейронов и концентрацию нейротрансмиттеров головного мозга, что приводит к нарушению продукции биогенных аминов (серотонина, дофамина, эпинефрина, норэпинефрина), задержке жидкости и натрия в организме. Согласно теории водной интоксикации нарушение водно-солевого баланса в ренин-ангиотензин-альдостероновой системе обуславливает развитие отеков, головной боли, тошноты, вздутия кишечника, мастодинии, масталгии. Доказанной считается роль простагландинов, нарушение синтеза и обмена которых обуславливает возникновение нейровегетативно-сосудистых реакций. Теория психосоматических нарушений основным провоцирующим фактором развития ПМС рассматривает стресс, который обуславливает

нарушения в работе эндокринной системы. В последние годы значительная роль в патогенезе ПМС отводится повышению уровня пролактина и вазопрессина, что приводит к задержке жидкости, проявляющейся возникновением отеков, нагрубанием молочных желез, масталгией, вздутием живота и лабильностью психики. При этом описан феномен латентной (стрессорной) гиперпролактинемии, когда уровень пролактина повышается эпизодически — после стрессовых ситуаций, перелетов и смены часовых поясов, а в остальное время находится в пределах нормы. Такие колебания пролактина оказывают дестабилизирующее влияние на гормональную систему и менструальный цикл.

Указанные изменения в нейроэндокринной системе, как правило, имеют функциональный характер и проявляются лишь в перименструальный период. Вместе с тем неправильно было бы считать, что ПМС — это лишь временное неудобство в менструальном цикле женщины, которое следует «перетерпеть». Легкие проявления ПМС не нарушают привычный образ жизни, вследствие чего остаются без внимания. Однако клинический опыт показывает, что при отсутствии лечения тяжесть симптомов ПМС усугубляется, значительно ухудшая качество жизни; при этом возникают выраженные ограничения физической и социальной активности, а функциональные

нарушения приобретают хронический характер.

— Как можно помочь пациентке с данным нарушением?

— Необходимо помнить, что ПМС — это диагноз исключения, поэтому в первую очередь врач должен убедиться в отсутствии у пациентки соматической патологии. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с психическими расстройствами, впервые возникшей артериальной гипертензией, мигренью, мастопатией, опухолями гипофиза, заболеваниями щитовидной железы. Кроме того, ПМС может выступать в форме сочетанной патологии, осложняя течение основного заболевания (например, мастопатии, нарушений репродуктивной функции и др.). Диагностика ПМС осуществляется на основе жалоб пациентки, которые должны быть зафиксированы в дневнике самонаблюдения в течение 2-3 менструальных циклов.

Наиболее оптимальным и физиологичным способом коррекции симптомов ПМС является нормализация образа жизни больной, избегание стрессовых ситуаций либо изменение отношения к ним. К сожалению, в условиях современной жизни далеко не все провоцирующие факторы могут быть устранены, поэтому женщинам, как правило, требуется назначение медикаментозной терапии с учетом выраженности тех или иных симптомов.

В случае сочетанной патологии осуществляется лечение основного заболевания, что часто приводит к уменьшению выраженности симптомов ПМС.

В качестве патогенетической терапии при различных формах этого синдрома, а также при ПМС в сочетании с мастопатией или нарушениями менструального цикла хорошо себя зарекомендовал комбинированный препарат растительного происхождения Мастодинон. В состав препарата входит прутняк, оказывающий ингибирующее воздействие на синтез пролактина и обеспечивающий повышение синтеза дофамина. Препарат способствует улучшению психического состояния женщины; нормализации синтеза гонадотропина, гормонального профиля; предотвращению развития патологического процесса в молочных железах и коррекции нарушений менструального цикла. Лечение проводится длительно, в течение 3-6 мес с перерывом на 6 мес, однако уже с первого цикла большинство пациенток отмечают значительное уменьшение выраженности основных симптомов, а также улучшение течения основного заболевания. Мастодинон характеризуется хорошей переносимостью, при этом хочется отметить надлежащую приверженность больных к лечению, что является необходимым условием эффективности длительной терапии. ■

Подготовила Татьяна Спринсян

Новое об известном

Артишок снижает уровень холестерина в крови

Холестерин научились снижать с помощью лекарственного растения артишок. Британские ученые выяснили способ полного снижения уровня холестерина в крови при помощи извлечения из листа артишока. Лекарственное растение артишок богато различными флавоноидами — полезными фитохимикалиями, которые обладают сильными противовоспалительными свойствами. Как говорят британские кардиологи, понижение плазменного холестерина благодаря добавкам из листьев артишока означает улучшенную сердечно-сосудистую функцию. Кроме того, было замечено, что артишок также предотвращает расстройства желудка, нарушения работы мочевых путей и кишечника.



<http://medicina.kharkov.ua/http-www-news-ru-ua/>