

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

Целкович Л. С., Балтер Р. Б., Токарева И. А., Никулина И. Е.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, e-mail: samaraobsgyn2@yandex.ru

Синдром предменструального напряжения (СПМН) является одной из наиболее распространенных гинекологических эндокринных патологий у женщин репродуктивного возраста. В статье рассмотрены 4 основные клинические формы синдрома предменструального напряжения – нервно-психическая, отечная, цефалгическая и кризовая. Нами определены клинико-патогенетические варианты синдрома предменструального напряжения, обусловленные особенностями гормональных взаимоотношений в системе «гипофиз – яичники» и психоэмоциональным состоянием пациенток, предложены новые методические подходы к терапии СПМН с учетом варианта заболевания. Сделано предположение, что состояние психоэмоциональной сферы пациенток обуславливает не только вариант течения СПМН, но и специфичность психоэмоционального ответа на болезнь. Проведенные медико-социальные исследования и анализ результатов терапии СПМН позволили сформулировать программу обследования и терапии женщин с различными клиническими формами СПМН. Она включает в себя выделение групп повышенного риска по развитию СПМН, активную диспансеризацию женщин с эндокринопатиями, а также восстановительные мероприятия у пациенток с нейроэндокринной патологией с целью повышения трудоспособности и улучшения качества их жизни.

Ключевые слова: синдром предменструального напряжения (СПМН), психоэмоциональная сфера личности, гормональные исследования, секреция яичниковых гормонов, патогенетические медикаментозные воздействия, немедикаментозные воздействия.

DIFFERENTIAL APPROACH TO THE MONITORING OF WOMEN WITH PREMENSTRUAL TENSION SYNDROME

Tselkovich L. S., Balter R. B., Tokareva I. A., Nikulina I. E.

Samara State Medical University, Samara, e-mail: samaraobsgyn2@yandex.ru

Premenstrual syndrome (SPMN) is one of the most common gynecological endocrine abnormalities in women of reproductive age. The article describes 4 main clinical forms of the syndrome premenstrual is neuropsychiatric, swollen, cephalgic and krizova. We determined clinical pathogenetic variants of the syndrome of premenstrual tension, due to the peculiarities of hormonal interrelations in the system "hypophysis – ovaries" and the psycho-emotional state of patients, the new methodical approaches to the treatment of SPMS based variant of the disease. The assumption is made that the condition of the psychoemotional sphere of patients causes not only the flow SPMN, but also the specificity of the emotional response to the disease. Conducted health and social research and analysis of results of therapy SPMN allowed to formulate the program of examination and treatment of women with different clinical forms SPMN. It includes the allocation of high-risk groups for the development of SPMS, active screening for women with endocrinopathies, as well as rehabilitation measures in patients with neuroendocrine pathology with the aim to foster employability and improve their quality of life.

Keywords: premenstrual syndrome (SPMN), psycho-emotional sphere of the person, hormonal studies, the secretion of ovarian hormones, pathogenic medical intervention, non-pharmacological treatment.

Синдром предменструального напряжения (СПМН) является одной из наиболее распространенных гинекологических эндокринных патологий у женщин репродуктивного возраста. К часто встречающимся проявлениям СПМН относятся нейро-психические расстройства, которые нередко обуславливают конфликтные ситуации в семье и на работе больных. Поскольку СПМН страдают женщины детородного возраста, находящиеся на пике умственных и физических возможностей, становится понятным социальное значение этой патологии. Вместе с тем в практическом здравоохранении СПМН диагностируется только

при наличии выраженных клинических проявлений, тогда как для предупреждения эндокринной дисфункции необходимо проведение терапии на ранних этапах заболевания. Задержка патогенетически обоснованной терапии усугубляет эндокринную дисфункцию и способствует развитию не только функциональных, но и морфологических расстройств в различных системах организма.

Цель исследования

В связи с этим нами определены клиничко-патогенетические варианты синдрома предменструального напряжения, обусловленные особенностями гормональных взаимоотношений в системе «гипофиз – яичники» и психоэмоциональным состоянием пациенток, предложены новые методические подходы к терапии СПМН с учетом варианта заболевания.

Материал и методы исследования

Для определения клиничко-патогенетических вариантов СПМН мы выделили две группы обследованных: 142 пациентки с СПМН (основная группа) и 73 практически здоровые менструирующие женщины (контрольная группа).

Синдром предменструального напряжения характеризуется многообразием клинических симптомов. В нашем исследовании использована модифицированная классификация СПМН В. П. Сметник и Ю. А. Комаровой [2], в которой в зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделены 4 основные клинические формы – нервно-психическая, отечная, цефалгическая и кризовая. Проведенные исследования показали, что наиболее часто у женщин основной группы встречается нервно-психическая форма СПМН, на втором месте – отечная форма, далее цефалгическая и наиболее редко выявляемая, но наиболее тяжело протекающая кризовая форма. У пациенток контрольной группы отдельные симптомы, характерные для изучаемого патологического симптомокомплекса, во всех случаях были слабой интенсивности.

Поскольку процент женщин с нервно-психической формой заболевания высок, а количество психоэмоциональных проявлений СПМН велико, значительный интерес представляет изучение психологических параметров у женщин изучаемых групп.

Результаты исследования и их обсуждение

У обследованных основной группы преобладали эмотивный и демонстративный типы акцентуации характера, на третьем месте находился возбудимый тип. У практически здоровых женщин чаще всего выявлялся гипертимный тип акцентуации личности. Следовательно, женщин с выраженной чувствительностью, впечатлительностью, глубиной переживаний (эмотивный тип), с демонстративностью поведения (демонстративный тип) и с повышенной импульсивностью, ослаблением контроля над влечениями, побуждениями

(возбудимый тип) – 73,9 % – следует рассматривать как группу риска по развитию синдрома предменструального напряжения.

Другим важным показателем психоэмоциональной сферы женщины является уровень ее самооценки. Как выяснилось, самооценка больных с СПМН чрезвычайно низка ($50,1 \pm 4,2$) и практически по всем шкалам достоверно ниже, чем у женщин в контрольной группе ($66,4 \pm 5,4$).

Исследование психоэмоциональной сферы личности позволило определить ранние проявления психологического или физиологического стресса и зоны его распределения. Для определения изменений психических составляющих эмоциональной сферы личности был использован 8-цветовой тест Люшера. Исследование показало, что женщинам основной группы чаще свойственна повышенная психическая утомляемость, повышенная тревожность, высокая психическая напряженность, у них более выражена склонность к эмоциональному стрессу, снижена способность к адаптации к новой среде.

Анализ результатов исследования психологического состояния женщин с СПМН позволил сделать вывод: заболевание вызывает значительные изменения в центральной нервной системе, что проявляется множественными психическими симптомами, распределение которых в группах неоднородно и зависит от формы и степени тяжести патологического симптомокомплекса.

С учетом состояния психоэмоциональной сферы пациенток можно предположить, что она участвует в формировании не только варианта течения СПМН, но и специфичности психоэмоционального ответа на болезнь.

Для выяснения патогенетической основы СПМН у женщин с различными проявлениями этого заболевания необходимо проведение исследования регуляторных систем организма, поскольку именно гормональные взаимоотношения во многом определяют состояние психоэмоциональной сферы пациенток и являются определяющими в обменных процессах женского организма. Гормональные исследования проводились в динамике менструального цикла.

Уровень ФСГ у пациенток с СПМН был достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы: $6,1 \pm 0,3$ МЕ/л и $5,3 \pm 0,2$ МЕ/л соответственно. Индивидуальные колебания средних величин ЛГ значительно различались в основной группе – от 3,2 до 19,6 мМЕ/л – по сравнению с контрольной – от 5,8 до 10,3 МЕ/л. Общий средний показатель составил $6,0 \pm 1,0$ МЕ/л и $6,3 \pm 0,9$ МЕ/л соответственно.

Секреция пролактина у обследованных в обеих группах отличалась стабильностью. В лютеиновую фазу цикла у пациенток с СПМН отмечено увеличение концентрации гормона

до $343,4 \pm 6,8$ мМЕ/л, в то время как у здоровых женщин уровень пролактина был достоверно ниже – $302,6 \pm 3,7$ мМЕ/л.

Итак, у женщин с СПМН выявлены нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции менструальной функции, проявляющиеся в увеличении размаха индивидуальных колебаний гонадотропинов, более высоком уровне ФСГ в середине менструального цикла, относительно низком содержании ЛГ, а также повышенной концентрации пролактина в лютеиновую фазу менструального цикла. Все выявленные изменения гормональных соотношений находились в пределах физиологических колебаний.

Для установления участия щитовидной железы в сложной системе нейроэндокринной дисфункции, результатом которой явилось развитие патологического симптомокомплекса, нами исследована тиротропная активность гипофиза и тиреоидная секреция щитовидной железы у женщин с СПМН и здоровых женщин. Уровень секреции тиротропина у больных с СПМН отличался значительными индивидуальными колебаниями. Показатели ТТГ у женщин основной группы составили $1,3-3,8$ мМЕ/л. Исследования содержания тиреоидных гормонов показали, что у обследуемых больных с СПМН функция щитовидной железы была сохранена и оценивалась как эутиреоидная. Изменений концентрации гормонов щитовидной железы в динамике менструального цикла не выявлено.

Для определения связи патогенетического варианта СПМН с характером яичниковой гормональной секреции было исследовано содержание эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови. Наши исследования, как и данные других авторов [1, 3], подтвердили наличие широких индивидуальных и циклических колебаний секреции яичниковых гормонов с пациенток с СПМН. У женщин репродуктивного возраста, страдающих СПМН, отмечается избыточный уровень 17β -эстрадиола и снижение уровня прогестерона в лютеиновую фазу цикла.

Для женщин с нервно-психической формой СПМН было характерно увеличение уровня эстрогенов на фоне нормальных показателей прогестерона и пролактина. Определена прямая умеренная корреляционная зависимость между уровнем эстрогенов в сыворотке крови женщин и тяжестью нервно-психической формы СПМН. Избыток эстрогенов приводит к гипогликемии. Этим объясняются жалобы на раздражительность, депрессию и слабость.

Отечная форма СПМН характеризовалась нормальными показателями эстрогенов и пролактина на фоне снижения уровня прогестерона. Выявлена обратная умеренная корреляционная зависимость между уровнем прогестерона и тяжестью отечной формы СПМН. При недостаточности прогестерона жидкость задерживается в организме, отеки дают ощущение вздутия живота, боли в молочных железах, отечность мозговой ткани сопровождается раздражительностью, головными болями.

У пациенток с цефалгической формой СПМН выявлено увеличение концентрации эстрогенов и снижение прогестерона при нормальных показателях пролактина. При этом определена прямая умеренная корреляционная зависимость между увеличением уровня эстрогенов и обратная, связанная с уменьшением прогестерона и тяжестью цефалгической формы СПМН.

Гормональный уровень женщин с кризовой формой СПМН обуславливался ростом концентрации эстрогенов и пролактина, а также снижением уровня прогестерона.

С учетом разнообразных гормональных и психологических проявлений СПМН у обследуемых женщин нами были выработаны патогенетические подходы к терапии заболевания.

Различия в использовании патогенетических медикаментозных воздействий были обусловлены сопутствующей соматической патологией, терапия в каждом случае подбиралась индивидуально. Общее лечебное воздействие предусматривало снятие у больных отрицательных эмоций, физического и умственного переутомления, ликвидацию инфекций и интоксикаций, что способствовало восстановлению нормального функционирования нервной системы и основных регулирующих центров.

Первый этап – немедикаментозная коррекция – был примерно одинаковым для всех пациенток. На этом этапе проводилась психокоррекция, включавшая индивидуальные беседы с больной и ее ближайшими родственниками и тренинги с учетом конкретной психологической ситуации. Использовалась также диетотерапия, с учетом сопутствующей патологии в комплекс терапии были включены дыхательная гимнастика и массаж воротниковой зоны. В рамках физиолечения предусматривалась рефлекторная стимуляция гипоталамо-гипофизарной области эндоназальным электрофорезом витамина В₁ (у пациенток с отежной формой заболевания), шейно-лицевая гальванизация по Щербаку или электросон (у больных с нервно-психической и цефалгической формами СПМН). В обязательном порядке всем женщинам назначалось лечение сопутствующей соматической патологии.

Медикаментозная коррекция была направлена на нормализацию обменных процессов в организме (витамины разных групп назначались последовательно в различные фазы менструального цикла), устранение эмоциональных нарушений невротического характера (использовались лекарственные травы, обладающие седативным действием, транквилизаторы дневного действия, антидепрессанты). Параллельно назначались гормональные препараты.

В зависимости от клинической формы патологии нами были разработаны 4 схемы гормонотерапии. Схема I применялась у пациенток с нервно-психической формой СПМН и

предполагала использование монофазных низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов в контрацептивном режиме в течение 6 месяцев. Схема II предназначалась для пациенток с отежной формой СПМН, которым был рекомендован комбинированный эстроген-гестагенный препарат, содержащий 0,03 мг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона, что позволило избежать дополнительного применения диуретиков во вторую фазу цикла. Схема III использовалась у женщин с цефалгической формой СПМН – им были назначены препараты, содержащие 0,03 мг этинилэстрадиола и 2 мг диеногеста. Кроме того, во вторую фазу цикла был рекомендован прием ингибиторов простагландинсинтетазы.

У женщин с кризовой формой СПМН (схема IV) в схему лечения включали препараты на основе прутняка лекарственного или антагонисты допаминовых рецепторов, а также микродозированные эстроген-гестагенные препараты, содержащие 0,02 мг этинилэстрадиола и 0,075 гестодена.

Комплексная терапия оказалась наиболее эффективной у женщин с нервно-психической и отежной формами СПМН (93,4 и 94,4 % соответственно), менее эффективна она для женщин с цефалгической формой СПМН (70,3 %). Самая низкая эффективность от проводимого лечения у пациенток с кризовой формой СПМН (66,7 %), что, возможно, связано с имеющимися у женщин этой группы сопутствующими соматическими заболеваниями.

Для выяснения причин, способствующих развитию СПМН у женщин, нами была проведена балльная оценка факторов риска и их значимости в формировании патологических симптомов. Наиболее значимыми нарушениями менструальной функции в плане патогенеза СПМН являются дисменорея, дисменорея в сочетании с гиперменореей и дисменорея в сочетании с менометроррагией. Из гинекологических заболеваний имеет смысл выделить бесплодие и эндометриоз. Из методов контрацепции наиболее значимым в плане развития СПМН в основной группе являлось применение ВМС.

Выводы

Проведенные медико-социальные исследования и анализ результатов терапии СПМН позволили сформулировать программу обследования и терапии женщин с различными клиническими формами СПМН. Она включает в себя выделение групп повышенного риска по развитию СПМН, активную диспансеризацию женщин с эндокринопатиями, а также восстановительные мероприятия у пациенток с нейроэндокринной патологией с целью повышения трудоспособности и улучшения качества их жизни. При формировании групп повышенного риска при проведении профосмотра следует учитывать такие факторы, как экстрагенитальные заболевания, гинекологические заболевания, нарушения менструального цикла. С выявленным контингентом необходимо провести комплекс оздоровительных

мероприятий, включающий психологическую помощь, диагностику и терапию сопутствующих заболеваний, терапию основных клинических симптомов СПМН.

Предложенная нами программа обследования и терапии основных клинических форм СПМН позволит значительно повысить эффективность лечения синдрома, упростить процедуру обследования и диагностики патологических состояний у пациенток.

Список литературы

1. Ткаченко Н. М. Влияние половых гормонов на системные реакции мозга в различные возрастные периоды жизни женщины // Акушерство и гинекология. – 1995. – № 5. – С. 31-35.
2. Токарева И. А., Балтер Р. Б., Беликова Л. С., Ковчужная И. Ю. Гормональные исследования у женщин с синдромом предменструального напряжения // Инновационные технологии в акушерстве и гинекологии: междисциплинарное взаимодействие в сохранении репродуктивного здоровья: сборник научных трудов, посвященный 40-летию образования кафедры акушерства и гинекологии № 2 Самарского государственного медицинского университета. – 2014. – С.181-183.
3. Токарева И. А., Ковчужная И. Ю., Кулагина Е. В., Хуторская Н. Н., Балтер Р. Б. Лечение и профилактика различных форм синдрома предменструального напряжения // Инновационные технологии в акушерстве и гинекологии: междисциплинарное взаимодействие в сохранении репродуктивного здоровья: сборник научных трудов, посвященный 40-летию образования кафедры акушерства и гинекологии № 2 Самарского государственного медицинского университета. – 2014. – С.184-187.
4. Токарева И. А., Иванова Т. В., Исаев П. Н., Шкатова Л. Ф., Кулагина Е. В., Саловарова М. В. Особенности клинического течения синдрома предменструального напряжения // Инновационные технологии в акушерстве и гинекологии: междисциплинарное взаимодействие в сохранении репродуктивного здоровья: сборник научных трудов, посвященный 40-летию образования кафедры акушерства и гинекологии № 2 Самарского государственного медицинского университета. – 2014. – С.187-191.
5. Сумина Н. В., Целкович Л. С., Раевская О. А., Ковчужная И. Ю., Кулагина Е. В., Токарева И. А. Клинические особенности женщин с хронической ановуляцией в зависимости от метаболических нарушений // Инновационные технологии в акушерстве и гинекологии: междисциплинарное взаимодействие в сохранении репродуктивного здоровья: сборник научных трудов, посвященный 40-летию образования кафедры акушерства и гинекологии №2 Самарского государственного медицинского университета. – 2014. – С.173-191.