

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Передменструальний синдром (ПМС) - функціональний розлад центральної нервової системи (ЦНС) під впливом несприятливих екзо- чи ендогенних факторів на тлі набутої або вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи.

Класифікація ПМС

Класифікація за МКХ-10

N 94 - Біль та інші стани, пов'язані з жіночими статевими органами та менструальним циклом, передменструальний синдром

Класифікація ПМС у залежності від особливостей клінічної симптоматики та вираженості передменструальних розладів:

- *передменструальні симптоми;*
- *власне передменструальний синдром;*
- *передменструальні дисфоричні розлади;*
- *передменструальна магніфікація.*

Класифікація за ступенем тяжкості:

- **легка форма** - поява 3-4 симптомів за 2-10 днів напередодні менструації за значної вираженості 1-2 з них;
- **тяжка форма** - поява 5-12 симптомів за 3-14 днів напередодні менструації за значної вираженості 2-5 з них.

Класифікація за стадіями розвитку ПМС

- **компенсована стадія** - поява симптомів ПМС під час лютеїнової фази менструального циклу (МЦ) та їх нівелювання з початком менструації, з часом його перебіг не прогресує;
- **субкомпенсована стадія** - перебіг захворювання з часом погіршується, симптоматика наростає, але припиняється по закінченню менструації;
- **декомпенсована стадія** - тяжкий перебіг ПМС - клініка наявна і після закінчення менструації, а "світлі проміжки" між зникненням та появою симптомів скорочуються.

Клініка ПМС

ПМС - складний симптомокомплекс, який характеризується різноманітними психопатологічними, вегето-судинними та обмінно-ендокринними порушеннями, що проявляються у лютеїнову фазу МЦ.

Характерною рисою перебігу ПМС є **циклічність** його маніфестації, яка може бути пов'язана як з лютеїною фазою циклу у регулярно менструюючих жінок, так і мати певну періодичність у хворих з порушеннями МЦ, після гістеректомії, у пубертаті або перименопаузі.

У складі передменструальних розладів виділяють наступні симптомокомплекси:

Психопатологічні порушення:

- емоційна лабільність;
- дратівливість;
- збудження;
- депресія;
- плаксивість;
- апатія;

- погіршення пам'яті;
- втомлюваність;
- слабкість;
- порушення формули сну (безсоння/летаргія);
- суїцидальні думки;
- відчуття страху, туги;
- порушення лібідо;
- гіперчутливість до звуків, запахів.

Неврологічні симптоми:

- головний біль (мігрень);
- запаморочення;
- дизкоординація рухів;
- гіперестезії;
- збільшення частоти/поява нападів епілепсії;
- кардіалгія/аритмія;
- збільшення частоти/поява нападів астми;
- явища вазомоторного риніту.

Порушення водно-електролітного балансу:

- периферичні набряки;
- збільшення маси тіла;
- масталгія;
- здуття живота;
- порушення діурезу;
- зміни питомої ваги сечі.

Гастро-інтестинальні прояви:

- зміни апетиту (анорексія, булімія);
- зміни смакових пристрастей;
- нудота, блювота;
- метеоризм.

Шкірні прояви:

- вульгарні вугрі;
- зміни жирності шкіри;
- збільшення потовиділення;
- кропивниця;
- свербіж;
- гіперпигментація.

Кістково-м'язові прояви:

- біль у костях, м'язах, суглобах, люмбалгія;
- зменшення м'язової сили.

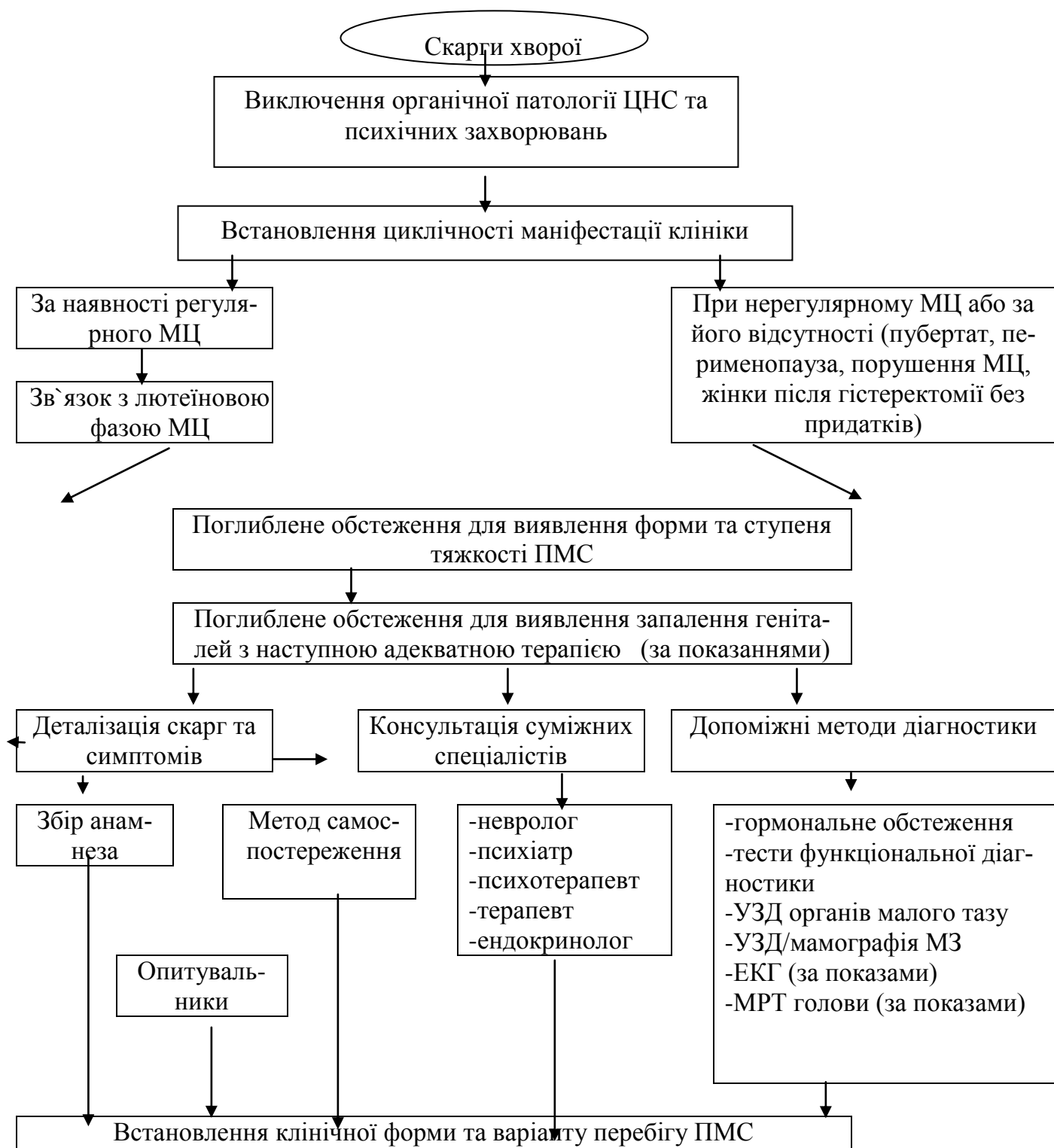
Критерії диференціальної діагностики різних форм передменструальних розладів

Передменструальні симптоми:	Передменструальний синдром (власне ПМС)	Передменструальні дисфоричні розлади (ПМДР)
<ul style="list-style-type: none"> – затримка рідини – периферичні набряки – збільшення маси тіла 	<ul style="list-style-type: none"> – відсутність критеріїв ПМДР – слабкий фізіологічний дискомфорт – затримка рідини/набряки 	<ul style="list-style-type: none"> – наявність критеріїв ПМДР 5 з 11 симптомів (у т.ч. мінімум 1 з перших 4-х): - депресивний стан

<ul style="list-style-type: none"> – посилення апетиту – дратівливість – набряклість молочних залоз 	<ul style="list-style-type: none"> – набряк молочних залоз; – збільшення маси тіла – погіршення концентрації уваги 	<ul style="list-style-type: none"> - неспокій - лабільність настрою - агресивність, дратівливість - зниження інтересу до життя - погіршення зосередженості - швидка втомлюваність - зміни апетиту - безсоння/сонливість - порушення самоконтролю - фізикальні симптоми: масталгія, сугавний біль, набряки, збільшення маси тіла
--	---	---

Окремо виділяється **передменструальна магніфікація** - обтяження або загострення наявних соматичних захворювань у передменструальний період (так звані *атипові форми ПМС*):

- 1. Вегето-дизоваріальна міокардіодистрофія.**
- 2. Гіпертермічна офтальмоплегічна мігрень**
- 3. Гіперсомнічна хвороба.**
- 4. Циклічні “алергічні” реакції:**
 - а) виразковий гінгівіт;
 - б) стоматит;
 - в) дерматит;
 - г) бронхіальна астма;
 - д) іридоцикліт.



Мал. 1. Алгоритм діагностичного пошуку при передменструальних розладах

Діагностика передменструальних розладів проводиться згідно з алгоритмом, який представлено на мал. 1.

1. Перший етап діагностики включає виявлення **циклічності** маніфестації захворювання та його зв'язку з лютеїною фазою МЦ. Особливу актуальність та важкість цей етап має за умови відсутності регулярного МЦ у досліджуваної жінки. В основі діагностичного пошуку лежить **ретельний збір анамнезу**, а також впровадження **методу самопостереження** – ведення пацієнткою щоденника з позначками наявності та інтенсивності патологічних проявів впродовж 2-3 місяців.

З метою диференціальної діагностики різних форм передменструальних розладів доцільно залучати суміжних фахівців. Так, для формування діагнозу ПМДР та його диференціації від психіатричної патології необхідна консультація психіатра; для адекватної діагностики власне ПМС, передменструальних симптомів та передменструальної магніфікації – залучання невролога, терапевта, психотерапевта.

2. Гормональні дослідження:

- **визначення сироваткових концентрацій гормонів** (ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону, загального та/або вільного тестостерону, ДГЕА-с) протягом МЦ – у фолікулярну, овуляторну та лютеїнову фази. За умови неможливості виконання повного об'єму дослідження його доцільно проводити у II фазу МЦ або на момент маніфестації клінічної симптоматики ПМС (С).

- **тести функціональної діагностики** у динаміці МЦ.

3. Ультразвукове дослідження органів малого тазу, яке дозволяє опосередковано вивчити гормонопродукуючу функцію яєчників на підставі визначення їх морфологічних характеристик (біометрії, стану фоллікулогенезу, якості та співвідношення фоллікулів та стромы) та матки (товщини та якості ендометрія, структури міометрія) (D).

4. Допоміжні методи: ЕКГ, ЕЕГ, МРТ голови, УЗД щитоподібної залози та молочних залоз, маммографія, антропометричні дослідження (визначення індексу маси тіла – $IMT = \text{вага (кг)} / \text{ріст (м)}$), вимірювання діурезу, екскреторної функції нирок.

Лікування ПМС

Лікування ПМС включає медикаментозну та немедикаментозну терапію.

Немедикаментозна терапія:

- нормалізація режиму праці та відпочинку;
- дозованні фізичні навантаження;
- психотерапія;
- фізіотерапія, масаж;

Нормалізація режиму харчування:

Принципи лікувально – профілактичного харчування при ПМС:

1. Контрольований калораж 1200-1500 ккал/доб, з яких
 - 30 % повинні складати протеїни;
 - 20 % - жири;
 - 50 % - вуглеводи.

2. Дрібний режим харчування – 5-6 разів на добу. Такий харчовий режим дозволяє нормалізувати метаболізм жирової тканини та запобігти зниженню рівню цукру крові.

3. Виключення або зменшення вживання наступних продуктів:

- солі, усіх видів консервів, заморожених овочів та фруктів, гострих сортів сиру, копчень, солінь, чіпсів тощо;
- простих вуглеводів;
- насичених жирних кислот: жирів тваринного походження;
- алкоголю, який зменшує резерви вітамінів та мінералів в організмі та порушує обмін вуглеводів;
- кофе, чаю, какао, коли, що містять кофеїн, який може посилити неспокій, дратівливість, відчуття напруження у молочних залозах.

4. Доцільне включення до раціону:

- вітамінів груп А, В, С, Е / для прийому кожного дня /:

- вітамін А - 10 -15 мг;
- вітаміни групи В - 25 -50 мг (крім вітаміну В₆);
- вітамін В₆ - 50 -150 мг;
- вітамін Е - 100 -600 мг;
- вітамін С - 100 мг;
- вітамін D - 100 мг;
- кальцій 100-150 мг;
- магній - 200 – 300 мг;
- цинк - 25 мг;
- хром - 100 мг.

- макроелементів Mg, K, Ca, які беруть участь у регуляції стану нервової системи (в тому числі ВНС), підтримці водно-електролітного балансу та в процесах та міорелаксації;

- мікроелементів Zn, Cu, Se – у якості антиоксидантів;
- поліненасичених жирних кислот, які містяться в оливковій, соняшниковій, арахісовій олії, печінці тріски, несоленій ікрі;
- соків, в першу чергу морквяного та лимонного;
- чаїв з трав.

Медикаментозна терапія ПМС підбирається та проводиться диференційовано відповідно до ступеня тяжкості та клінічного перебігу синдрому. Групи препаратів наведені у послідовності, яка рекомендована при їх призначенні.

Таблиця 1 – Медикаментозна терапія ПМС

№	Групи препаратів. Патогенетичне обґрунтування дії	Препарати. Рекомендовані дози та режими прийому
<i>Препарати, які регулюють кровопостачання, метаболізм та функціональний стан ЦНС</i>		
1	<ul style="list-style-type: none"> - покращення мікроциркуляції та обмінних процесів у ЦНС з метою стабілізації гіпоталамус-гіпофіз-яєчникової системи - ноотропний ефект - психотропна дія (седативна, анксиолітична, тимолептична) - нормалізація сну 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Магне В₆ 1-2 табл. тричі на добу 2. Геларіум гіперікум 1 табл. тричі на добу 3. Пірацетам 0,4-1,2 г на добу 4. Інстенон 1 табл. тричі на добу
<i>Вазоактивні препарати</i>		
2.	<ul style="list-style-type: none"> - нормалізація реології крові - регуляція судинного тонусу - ангіопротекторна дія - покращення кровопостачання органів і тканин - вторинна анальгезуюча дія (за рахунок зменшення гідрофільності тканини мозку) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Екстракт гінґко білоба 1-2 табл. тричі на добу 2. Троксерутин 1 табл. 3 рази на добу 3. Пентоксифілін 100,0-300,0 мг на добу 4. Ніцерголін 30,0-60,0 мг на добу 5. Препарати, що містять поліненасичені жирні кислоти та полівітаміни
<i>Препарати нейромедіаторної дії</i>		
3.	<ul style="list-style-type: none"> - дофамінергічна дія - нормалізація продукції пролактину - серотонінергічна дія - психотропна дія 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Екстракт Vitex agnus castus 2. Каберголін 0,25-0,5 мг двічі на тиждень у II фазу МЦ 3. Бромокриптин 5,0-15,0мг на добу у II фазу МЦ 4. Флуоксетин 20,0мг одноразово за 4-10 днів перед початком місячних
<i>Метаболічні препарати, іммунокоректори та адаптогени</i>		
4.	<ul style="list-style-type: none"> - покращення трофічних процесів - корекція клітинного та гуморального імунітету - підвищення неспецифічної резистентності організму 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ербісол 1,0 мл в/м №30 щоденно 2. Убіхінон 2,2 мл в/м №10 1 раз у 3 дні 3. Коензім-копозитум 2,2 мл в/м №10 1 раз у 3 дні 4. Актовегін 2,0 в/м №10 5. Інмунофлам 1 табл. на день 1-3 міс

<i>Нестероїдні протизапальні препарати</i>		
5.	<ul style="list-style-type: none"> - антипростагландинова дія - антиноцицепція - нормалізація обміну БАР у нервовій системі 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Німесулід 100,0 мг двічі на добу з 16 по 25-ий день МЦ 2. Фемізол 1 таб. тричі на добу з 16 по 25-ий день МЦ
<i>Гормональні препарати</i>		
6.	призначаються згідно виявлених порушень гормонального гомеостазу індивідуально в кожному випадку	
<i>Гестагени</i>		
6.1.	<ul style="list-style-type: none"> - прогестагенна, антиандрогенна, антимінералокортикоїдна дія - нормалізація обміну нейростероїдів у ЦНС 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дідрогестерон 10,0-20,0мг на добу з 16 по 25-ий день МЦ 2. Мікронізований прогестерон 100,0-200,0 на добу з 16 по 25-ий день МЦ
<i>Комбіновані оральні контрацептиви</i>		
6.2.	<ul style="list-style-type: none"> - виключення овуляції та, відповідно, лютеїнової фази МЦ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Етінілестрадіол (30,0мкг) – дроспіренон (3,0мг) 2. Етінілестрадіол (30,0мкг) – дієногест (2,0мг) 3. Етінілестрадіол (30,0мкг) – гестоден (0,75мг) 4. Етінілестрадіол (30,0мкг) – дезогестрел (0,15мг)
<i>Агоністи допамінових рецепторів</i>		
6.3.	<ul style="list-style-type: none"> - нормалізація продукції пролактину - нейромедіаторна дія 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Екстракт Vitex agnus castus 2. Кабероглін 50мг на тиждень у II фазу МЦ 3. Бромокриптин 2,5-7,5мг на добу
<i>Агоністи Gn-Rh</i>		
6.4.	<ul style="list-style-type: none"> - тимчасове зниження продукції стероїдних гормонів у гонадах - пригнічення функції гіпофізу 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бусерелін 3,75 мг в/м 1 раз на 28 дні або спрей 900,0 мкг. на добу 1-3 місяці 2. Трипторелін 3,75 мг в/м 1 раз на 28 днів №1-3

