Предменструальный синдром (ПМС) представляет собой патологический симптомокомплекс, проявляющийся в нервно-психических, вегето-сосудистых и обменно-эндокринных нарушениях. Симптомы этого синдрома появляются за 2-14 дней до менструации, и исчезают сразу после начала менструации или в первые ее дни. То есть фактически предменструальный синдром повторяется каждый цикл, поэтому раньше этот синдром называли циклической болезнью.

Впервые синдром описан в 1931 году. Интерес к этому синдрому проявляется до настоящего времени, что объясняется его отрицательным влиянием на здоровье женщины и ее работоспособность. Частота ПМС колеблется в широких пределах в различные возрастные периоды. Так, в возрасте 19-29 лет этот синдром встречается почти у 20 % больных, после 30 лет его частота резко увеличивается до 47 %, после 40-49 лет у женщин с регулярными менструациями - до 55%. Чаще ПМС наблюдается у женщин умственного труда, горожанок, представителей интеллектуального труда, при наличии профессиональных вредностей, при соматических заболеваниях (пороки сердца, туберкулез и др.).

В понятие предменструального синдрома должно входить не просто ухудшение состояния перед менструацией, так как практически все чувствуют это, так как меняется гормональный баланс в организме. Большинство женщин становятся более раздражительны, плаксивы, более эмоциональны перед менструацией, но это не значит у них предменструальный синдром. В это понятие включают целый симптомокомплекс нейроэндокринного характера, в котором сочетаются не менее 3-4 симптомов, и которые появляются за 2-14 дней до менструации и снижают трудоспособность. Чаще ПМС встречается в возрасте 25-40 лет. Возникновение связано у некоторых с началом менструальной функции, у некоторых после стрессов, эмоциональных переживаний, абортом, патологических родов, инфекции (вирусный грипп, малярия, туберкулез, энцефалит и др.).

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Существует несколько теории, которые объясняют возникновение предменструального синдрома.

1. Гормональная теория. Является наиболее распространенной. В основе лежит нарушение в организме соотношения эстрогенов и гестагенов в пользу первых. Увеличение содержания эстрогенов вызывает задержку натрия, отсюда увеличивается количество межклеточной жидкости, что ведет к отеку. Прогестерон же оказывает натрийуретическое действие. Избыток эстрогенов ведет к гипокалиемии, отсюда боли в сердце; гипогликемия - усталость, гиподинамии. В настоящее время также учитывается роль нарушения обмена нейропептидов, которые посредством влияния на периферические нейроэндокринные процессы способны вызывать ПМС.
2. Теория водной интоксикации. В основе нарушение водно-солевого обмена. Задержка жидкости в норме происходит во вторую фазу цикла, а при предменструальном синдроме количество задерживаемой жидкости значительно увеличивается. Некоторые женщины отмечают что их вес во вторую фазу цикла увеличивается от 1-2 до 7 кг. В эксперименте похожую картину дает применение натриуретического гормона.
3. Теория гиперадренокортикальной активности и увеличения количества альдостерона под влиянием эстрогенов. При первичном альдостеронизме происходит обратное всасывание натрия в почечных канальцах с потерей калия и накоплением жидкости, а прогестерон является антагонистом альдостерона, и при недостатке его развиваются условия для развития вторичного гиперальдостеронизма.
4. Аллергическая теория. Плохое самочувствие связано с повышенной непереносимостью к собственным гормонам. Ряд авторов считают что существуют менотоксины.
5. Теория нарушения функционального состояния вегетативной нервной системы. Во второй фазе цикла преобладает тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Однако не одну из этих теорий нельзя признать полностью правильной. Часть авторов считают что развитие предменструального синдрома связано с повышением выделения пролактина во вторую фазу цикла - гиперпролактинемическая теория.

Московские авторы (Кузнецова) доказали функциональные нарушения в гипоталамусе при предменструальном синдроме. Отсюда можно понять происхождение предменструального синдрома. Имеет значение перенесенная инфекция, травмы, патологические роды и аборты, психические травмы. Имеет значение фон, на котором развивается этот синдром (инфекции в детстве, психические травмы, плохие материальные условия, операции).

**КЛИНИКА**

Многообразна, проявляется в нервно-психических, вегето-сосудистых и обменных нарушениях. Схожа с диэнцефальным синдромом.

1. **Нервно-психические проявления:** раздражительность, депрессия, плаксивость, агрессивность, бессонница, головная боль, головокружение.
2. **Вегето-сосудистые проявления:** потливость, боли в сердце, тахикардия (могут быть пароксизмальными), лабильность АД, тошнота и рвота.
3. **Эндокринно-обменные нарушения**: снижение диуреза, жажда, отеки, болезненное нагрубание молочных желез, метеоризм зуд, познабливание.

В зависимости от количества симптомов и длительности, интенсивности различают три степени тяжести ПМС:

1. легкая (4-5 симптомов, из которых 1-2 значительно выражены).
2. средняя (5-12 симптомов, из которых половина значительно выражена)
3. тяжелая (5-12 симптомов, из которых все или большая часть значительно выражены).

Изучение менструальной функции яичников у этих женщин показывает что при тяжелых формах, как правило, у них имеется позднее начало менструаций, межменструальные кровоотделения, различные проявления гипоменструального синдрома. Цикличность говорит что связано это не только с нарушением первичным в гипоталамусе, и вторичным в яичниках. Обследование по тестам функциональной диагностики выявляет чаще недостаточность второй фазы цикла, может быть относительная гипоэстрогения. По всей видимости, это связано с нарушениями в гипоталамических структурах и снижением выделения рилизинг-факторов и гормонов гипофиза. В последнее время уделяется внимание повышенному выделению пролактина, лактотропного гормона во вторую фазу цикла, отсюда у них может появляться резкое нагрубание молочных желез, может появиться молозиво. По течению заболевание является хроническим, самостоятельно не исчезает, а утяжеляется.

В клинической картине выделяют также основные формы:

* нервно-психическая
* отечная
* цефалгическая
* кризовая
* атипичные

В клинике развития также отдельно выделяют стадии ПМС:

1 стадия (компенсированная) - симптомы с годами не прогрессируют, появляются только во вторую фазу цикла и полностью прекращаются с началом менструации.

2 стадия (субкомпенсированная) - симптомы с годами прогрессируют и полностью исчезают только после окончания менструации.

3 стадия (декомпенсированная) - симптомы сохраняются в течение нескольких дней после менструации, со временем промежутки между возникновением и исчезновением симптомов уменьшаются.

Клиническая картина нервно-психической формы ПМС характеризуется преобладанием таких симптомов как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость агрессивность. Среди частых не менее выраженных жалоб следует отметить повышенную чувствительное к звукам и запахам, онемение рук, метеоризм, нагрубание молочных желез. Если у молодых женщин преобладает депрессия, то в переходном возрасте отмечается агрессивность.

В клинической картине больных с отечной формой ПМС преобладаюти резко выражены нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, раздражительность, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к запахам, потливость. У подавляющего числа во вторую фазу менструального цикла отмечается задержка жидкости до 500-700 мл. У 20 % женщин несмотря на отечность лица, вздутие живота, диурез остается положительным.Среди симптомов, наименее выраженный при отёчной форме ПМС, отмечаются раздражительность, слабость, потливость.

В клинической картине больных с цефалгической формой ПМС преобладают головная боль, раздражительность, тошнота и рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение. Более чем у трети больных цефалгической формой ПМС отмечаются депрессия, - боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желёз, отёки при положительном диурезе. Головная боль при цефалгической форме ПМС характеризуется пульсирующей, дергающей болью, начинающейся в височной области с иррадиацией в глазное яблоко. У женщин в это время появляется чувство «выпирания глазного яблока», отечность глаз. Головная боль сопровождается тошнотой, рвотой, при этом уровень артериального давления не изменяется. При изучении наследственных факторов заболевания выявлено, что у родителей трети пациентов отмечалась мигрень и гипертоническая болезнь. Как показал анализ экстрагенитальных заболеваний, у больных цефалгической формой ПМС довольно часто отмечаются мигрень и заболевания желудочно-кишечно-печеночного комплекса, травмы черепа.

При кризовой форме ПМС в клинической картине преобладают симпатико-адреналовые кризы. Они начинаются с повышения АД, чувства сдавления за грудиной, появления страха смерти, сопровождаются похолоданием и, онемением конечностей, сердцебиением при неизменной ЭКГ. Довольно часто кризы заканчиваются обильным мочеотделением. Следует отметить, что у некоторых женщин даже незначительные подъемы систолического давления (на 10—20 мм рт. от исходных цифр) провоцируют криз. Кризы возникают обычно вечером или ночью.Кризы могут быть спровоцированы инфекционным заболеванием, усталостью, стрессами. В межкризовый период нередко беспокоят головные боли, раздражительность, подъем артериального давления. Кризы, как правило, наблюдаются у женщин при нелеченой нервно-психической, отечной или цефалгической форме ПМС. У 57 % больных этой группы родители страдали гипертонической болезнью. У подавляющего большинства больных кризовой формой ПМС отмечены заболевания почек, желудочно-кишечно-печеночного комплекса и артериальная гипертензия. Особенно тяжело и часто эта форма протекает у женщин переходного возраста. Как правило, у 30 % больных симпатико-адреналовые кризы начинаются после стрессовых ситуаций.

К атипичным формам ПМС относятся вегетативно-дизовариальная миокардиодистрофия, гипертермическая, офтальмоплегическая форма мигрени, гиперсомническая форма, «циклические» тяжелые аллергические реакции вплоть до отека Квинке, язвенный гингивит и стоматит, Циклическая «бронхиальная астма», неукротимая рвота, иридоциклит и др.

**ДИАГНОСТИКА**

Основа диагноза — циклический характер появления патологических симптомов. Больные нередко изначально обращаются за помощью к врачам разных профессий в зависимости от преобладания тех или иных симптомов. Поэтому лечение, проводимое во вторую фазу, нередко расценивается как положительный эффект, так как в первую фазу и без лечения наступает улучшение. С наступлением второй фазы, как правило, отмечается ухудшение. Установлению диагноза помогает ведение в течение одного менструального цикла дневника-вопросника, в котором ежедневно отмечаются все патологические симптомы.

При всех клинических формах ПМС необходимо определение пролактина, Е2, прогестерона в крови в обе фазы цикла. При нервно-психической форме ПМС необходима консультация невропатолога и психиатра. Из дополнительных методов исследования назначают краниографию и ЭЭГ. При отечной форме ПМС следует измерять диурез и количество выпитой жидкости в течение 3—4 дней в обе фазы цикла. При болях и нагрубании молочных желез показано проведение маммографии в первую фазу менструального цикла. Исследуют также выделительную функцию почек, определяют показатели остаточного азота, креатинина и др. При цефалгической форме ПМС выполняют ЭЭГ, РЭГ сосудов мозга, изучают состояние глазного дна и периферических полей зрения; производят рентгенографию черепа, турецкого седла и шейного отдела позвоночника; рекомендуется консультация невропатолога, окулиста, аллерголога. При кризовой форме ПМС показано измерение диуреза и количества выпитой жидкости, АД. В целях дифференциальной диагностики с феохромоцитомой необходимо определить содержание катехоламинов в крови или моче и выполнить УЗИ надпочечников. Проводят также ЭЭГ, РЭГ, исследование полей зрения, глазного дна, размеров турецкого седла на краниограмме черепа. Эти больные нуждаются в обследовании у терапевтов и невропатологов.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Проводится, прежде всего, с альгоменореей. Она тоже имеет циклическое течение. Резко болезненные, у некоторых женщин судорожно болезненные месячные. Симптомы проявляются в отличие от предменструального цикла во время менструации. Если альгоменорея после родов, как правило, проходит, то течение предменструального синдрома может после родов ухудшиться.

Дифференциальный диагноз также проводится с соматической патологией и психическими заболеваниями.

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ**

Патогенетическая терапия должна сочетать мероприятия направленные на наиболее выраженные проявления нарушений в гипоталамусе. Рациональная схема лечения включает:

1. психотерапия
2. физиотерапия
3. применение успокоительных и фитотерапевтических средств
4. антигистаминные препараты
5. диуретики
6. ноотропы
7. применение транквилизаторов
8. применение витаминов А, Е
9. применение половых гормонов и антипрогестероновых препаратов

На первом этапе лечения проводятся психотерапевтические беседы как с больной, так и с родственниками, потому что при предменструальном синдроме страдает вся семья. У больных беседы должны быть направлены на снятие страха. При легких формах большой эффект приносит нормализация режимов труда и отдыха, перевод на более легкий труд, создание благоприятной психоэмоциональной обстановки, полноценное питание, ограничение потребления жидкости. Применяют гомеопатические препараты, нормализующие нейроэндокринные механизмы регуляции (Ременс), сборы трав, физиотерапевтические процедуры (общий массаж, электросон, центральная электроаналгезия и т.д.)

Вторым этапом присоединяется медикаментозная терапия. Используются препараты преимущественно нейролептического анксиолитического действия - транквилизаторы (тазепам, элениум и др.).

Так как идет накопление жидкости то рекомендуются диуретики. Предпочтение следует отдать верошпирону с 12-14 дня цикла, через 1 день по 1 таблетке, до первого дня месячных. Можно применять и другие диуретики, но тогда должны добавляться препараты калия. Также при отечной форме эффективно применение антигистаминных препеартов

Витамины А и Е действуют на область гипоталамуса. В первом цикле делаются в течение всего цикла - 15 уколов витамина Е и 15 уколов витамина А через день.

Все остальные препараты даются во вторую фазу цикла.

Гормонотерапия. Так как этих женщин часто имеются проявления гипоменструального синдрома то гормонотерапия назначается не сразу, а после обследования по тестам функциональной диагностики. Гормонотерапия в зависимости от выявленных нарушений, но женщина с туберкулезом, и старше 40 лет эстрогены не рекомендуют, а рекомендуют прогестерон во вторую фазу.

Так как при предменструальном синдроме достаточно часто повышается концентрация пролактина то можно дать во вторую фазу цикла препарат подавляющий выделение пролактина - парлодел (бромокриптин) - по 1/2 таблетки с середины цикла до месячных. При выраженном аллергическом компоненте - зуде и др. рекомендуются антигистаминные препараты во вторую фазу цикла.

Лечение проводится после постановки диагноза в течение 3 месяцев. В первый цикл дают витаминотерапию и все остальные препараты, во 2 и 3 цикл оставляют диуретические средства, препараты действующие на ЦНС, гормоны, парлодел. Лечение в течение 3 месяцев, а также психотерапевтическое, как правило, дает положительный результат.

Если симптоматика повторяется через несколько месяцев, то можно повторить курс терапии. Прогноз представляется сложным.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко «Гинекология», М: «Гэотар-Мед», 2004г.
2. Дуда И. В. «Клиническая гинекология», М.: «Высшая школа», 1999г.
3. Cметник В.П., Тумилович Л.Г. «Неоперативная гинекология: Руководство для врачей», М.: «Медицинское информационное агенство», 2000г.
4. Е.А. Межевитинова «Опыт лечения предменструального синдрома комбинированным препаратом III поколения «Марвелон»», журнал «Гинекология», №5, 2004г.
5. Е.А. Межевитинова , В.Н. Прилепская, Н.М. Назарова «Роль магния в развитии предменструального синдрома», журнал «Гинекология», №5, 2003г.
6. Е.А. Межевитинова «Предменструальный синдром и комбинированные оральные контрацептивы», журнал «Гинекология», №6, 2002г.
7. Е.А. Межевитинова «Предменструальный синдром (в помощь практикующему врачу)», журнал «Гинекология», №3, 2002г.