

О.В.Кравченко, Н.В.Капоріна, С.Є.Ісар

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Кафедра акушерства та гінекології №2
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Передменструальний синдром є досить частою патологією у дівчаток-підлітків (до 20%). Він негативно впливає на успішність дівчаток у школі, їх працездатність, менструальну та репродуктивну функції. Разом з тим, ця патологія рідко діагностується і хворі лікуються в інших спеціалістів (невропатолог, терапевт), отримуючи тільки симптоматичне лікування. Проведені нами обстеження свідчать про наявність у цих підлітків хронічних інфекційних захворювань та нейроендокринних порушень. Лікування супутніх захворювань та патогенетична терапія сприяють зменшенню ознак передменструального синдрому.

Ключові слова: дівчатка-підлітки, передменструальний синдром, лікування.

Вступ. Передменструальний синдром (ПМС) - досить часта патологія [1]. За даними різних авторів ПМС трапляється від 22% до 55%, а у дівчат-підлітків – у 20-22% [3]. З віком частота ПМС збільшується і спостерігається майже у кожної другої жінки. Передменструальний синдром може виникати за декілька місяців до менархе, але рідко діагностується, і дівчатка найчастіше лікуються у терапевта або невропатолога. Захворювання прогресує, що негативно впливає на успішність дівчаток у школі, знижує їх працездатність, а у фертильному віці сприяє порушенню дітородної функції [2,4]. Патогенез ПМС складний і недостатньо вивчений. У розвитку цієї патології велике значення мають перенесені нейроінфекційні захворювання, стресові ситуації, захворювання ЦНС, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, ендокринних залоз та інших органів [5].

Своєчасна діагностика та патогенетичне лікування ПМС має велике значення для профілактики порушень менструального циклу, репродуктивної функції.

Мета дослідження. Вивчити клінічні прояви ПМС у дівчаток-підлітків, стан гормонального гомеостазу та супутніх захворювань при цій патології. На основі одержаних результатів дослідження запропонувати патогенетичне лікування.

Матеріал і методи. Обстежено 20 дівчаток-школярок віком від 14 до 16 років. У всіх проведено загально-клінічне і лабораторне обстеження: вивчали анамнестичні дані, перенесені захворювання, травми, умови життя, успішність у школі, перші прояви ПМС, клінічний перебіг його, аналіз крові, сечі, при необхідності проводили біохімічні дослідження крові, визначали певне функціональне обстеження, рівень гормонів крові, дані УЗД, рентгенографії черепа і турецького сідла.

Результати дослідження та їх обговорення. При вивченні захворюваності у матерів обстежених дівчаток виявлено, що майже у кожної другої з них мали місце ендокринопатії: у 4 (24%) – захворювання щитоподібної залози, у 5 (25%) – порушення менструального циклу, у 1 (5%) – цукровий діабет. Виявлена також висока частота інфекційних захворювань у препубертатному і пубертатному періодах (хронічні тонзиліти, пневмонії, отити, хронічні риніти, кір, скарлатина, вітряна віспа, часті гострі респіраторні захворювання). У 4 (20%) дівчаток констатований нейроендокринний синдром (НЕС): надмірна маса тіла, транзиторна гіпертонія, гіпофункція щитоподібної залози; 3-є (10%) перенесли струс

мозку (падіння з висоти), 1 – була в автомобільній аварії, у 2 (10%) – хронічний бронхіт, у 6 (30%) – хронічний тонзиліт, у 3 (15%) – хронічний пієлонефрит у стадії ремісії.

Всі 20 дівчаток виховувалися в сім'ях із середнім матеріальним достатком. Навчання в школі було задовільним, серед них не було ні однієї дівчинки з відмінними оцінками з усіх предметів.

Вторинні статеві ознаки у всіх 20 пацієнток були розвинуті відповідно їх віку. Середній вік менархе склав $13,1 \pm 2,4$ року. Порушення менструального циклу мало місце у 18 із 20 обстежених хворих у вигляді опсоменореї, дисменореї, ювенільних кровотеч та ін.

Клінічні ознаки ПМС спостерігалися у дівчаток за 4-10 днів до менструації і зникали з початком менструації. Серед них було 10 (50%) з нервовопсихічною формою. При цьому хворі скаржилися на подразливість, плаксивість, слабкість, депресію, агресивність, оніміння рук та інше. Сім дівчат (35%) мали набрякову форму ПМС. Вони скаржилися на набряки обличчя, гомілок, пальців рук, нагрудання молочних залоз, пітливість, метеоризм, слабкість та ін. У 3 – (15%) виявлена цефалгічна форма, яка супроводжувалася сильними мігреноподібними головними болями, нудотою, підвищеною чутливістю до звуків, запахів, болями в ділянці серця. У п'яти хворих (20%) захворювання було в компенсованій стадії, у 15 – (75%) ПМС мав тенденцію до наростання симптомів хвороби, але з початком менструації вище зазначені симптоми зникали.

Дані аналізу крові свідчили про анемізацію організму. Визначалися низькі показники гемоглобіну $102,0 \pm 2,1$ г/л, кількості еритроцитів - $3,5 \times 10^{12}$ г/л та кольорового показника - 0,87. Формула білої крові була в межах норми. Аналіз сечі був без особливостей. У чотирьох дівчаток з НЕС спостерігалось зниження цукру крові ($5,25 \pm 1,4$ ммоль/л). Рівень гормонів в крові щитоподібної залози: трийодтиронін (1,1 нмоль/л), тироксин (58,0 нмоль/л).

Хворим на хронічний пієлонефрит (3) проводили пробу Зимницького, досліджували сечу за Нечипоренко. Визначали рівень креатиніну (77 моль/л) і сечовини крові (3,4 ммоль/л). Порушення функції нирок не виявлено.

Вивчення тестів функціональної діагностики показало, що у двох третин дівчаток базальна температура була монофазною, у решти – визначалася недостатність лютеїнової фази. Симптоми зниці, натягу слизу, кристалізації та каріопікнотичний індекс також показали, що у всіх дівчаток порушена лютеїнова фаза – гіполютеїнемія. При проведенні рентгенографії черепа і турецького сідла – патології з боку кісток черепа не було виявлено ні в однієї хворої.

При проведенні УЗД у всіх дівчаток виявився полікістоз яєчників. У двох визначалася потовщена оболонка яєчників (дівчатка з НЕС), що свідчило про наявність склерокістозу яєчників. Розміри матки і яєчників відповідали віковим нормам.

Гормони крові досліджували на 7-9 день циклу радіоімунним методом. Середні показники гормонів крові були такими: трийодтиронін $1,4 \pm 1,6$ нмоль/л, тироксин $128 \pm 2,1$ нмоль/л, кортизол $6377,40 \pm 1,5$ нмоль/л, тестостерон $3,7 \pm 1,9$ нмоль/л, естрадіол $0,1 \pm 2,1$ нмоль/л, прогестерон $0,10 \pm 1,2$ нмоль/л, пролактин $478,5 \pm 2,3$ мМЕ/л. У двох хворих пролактин був вище 611 мМЕ/л. Результати досліджень гормонів крові показали дещо знижені показники трийодтироніну, естрадіолу і прогестерону, а тестостерон визначався в межах верхньої границі норми.

Лікування при ПМС призначалось після консультації з педіатром. Розпочинали його з загальнозміцнюючих препаратів, седативних засобів, вітамінів, засобів, що впливають на метаболізм мозку, та нейромоделюаторів. Хворим з хронічними тонзилітами, хронічними пієлонефритами, бронхітами проводили санацію джерел інфекції у спеціалістів за фахом. Дівчата з гіпотиреозом лікувались у ендокринолога, а з залишковими явищами струсу мозку – у невропатолога.

Велике значення приділяли харчуванню дівчаток. Так, при НЕС призначали гіпокалорійну дієту. Хворим з нейропсихічною і цефалгічною формами не рекомендували міцний чай, каву, шоколад. При набряковій формі – стіл № 7, обмеження прийому солі та пряностей.

Із заспокійливих засобів призначали препарати валеріани та пустирника. Рекомендували вітаміни групи С, В₁, В₆, В₁₂, прегновіт, квадевіт та інші засоби, що впливають на метаболізм мозку. Призначали аміналон по 0,25г x 3 рази на день, глутамінову кислоту (пірацетам) по 0,25г 3 рази на день, ноотропіл по 1 капсулі (0,4 г) 3 рази на день, федом по 1 капсулі 1-2 рази на день, фолієву кислоту по 0,0001г 3 рази на день, засоби, що впливають на обмін речовин, алоє по 1 таб. (0,005 г) 3 рази на день, апілак по 1 таб.(0,01г) 2 рази на день, метилурацил по 0,5г 3 рази на день. При нейропсихічній та цефалгічній формі призначали антисеротонінові препарати: тирален по 5 мг на ніч, перитол (сироп, таб. 0,004г 1 раз на день); антигістамінні (гісманал по 0,01г 1 раз на день), діазолін по 1 драже (0,05г) 3 рази на день. Із фізіотерапевтичних процедур рекомендували ендоназальний електрофорез з вітаміном В₁, комірцеві за Щербачком з бромом чи новокаїном, масаж комірцевої зони, електрофорез з ацетилсаліциловою кислотою.

При НЕС призначали парлодел по 1,25 мг 1 р. на день. При депресії – етимізол по 1 таб.(0,1г) 3 р. на день, фенолон по 0,005, при збудженні – літій карбонат по 0,2 г 3 рази на день. При набряковій формі рекомендували верошпірон по 0,025 г 3 рази на день в II фазу циклу, або фуросемід по 0,04 1 раз на тиждень.

Проводилася корекція гормонального гомеостазу. Призначали гестагени в II фазу циклу протягом 8-10 днів, 3 місяці: прогестерон 1% по 1 мл, медрокси-прогестерон ацетат по 5 або 10 мг, дюфастон по 10 мг 2 рази на день, перевіра 10 мг.

Після проведеного лікування стан покращився у всіх хворих дівчат, особливо з набряковою і цефалгічною формами. Деякі прояви збудливості залишилися за 3-4 дні до менструації у хворих на ПМС з нервово-психічною формою. Через три місяці після проведеного лікування всім хворим проведено УЗД. При цьому, у 18 хворих не виявили кістозних змін яєчників. Покращення стану дівчаток позитивно впливало на їх успішність у школі.

Проведені дослідження показали, що ПМС найчастіше виникає у дівчаток з обтяженою спадковістю, які часто в дитинстві хворіли нейроінфекціями, хронічними запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів, нирок, мали захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринних залоз, перенесли струс головного мозку.

У всіх дітей з ПМС визначається порушення гормонального гомеостазу – відносна гіперестрогенія і гіполютеїнемія; мали місце ановуляторні цикли. Тестостерон визначався в межах верхньої границі норми, у деяких хворих – гіпотиреоз і гіпепролактинемія.

Проведення патогенетичного лікування протягом не менше трьох місяців дає позитивні результати: покращується їх загальний стан, успішність у школі, нормалізується менструальний цикл, зникають явища полікістозу яєчників.

Висновки.

1. Передменструальний синдром часто розвивається у дівчаток з обтяженою спадковістю, які в пре- і пубертатному віці хворіли інфекційними та хронічними запальними процесами.

2. Найчастішими формами ПМС у дівчаток є нервово-психічна, цефалгічна і набрякова, що перебігають у стадії компенсації.

3. Лікування ПМС повинно бути комплексним. Спочатку необхідно проводити лікування основного захворювання, санацію джерел інфекції та інше.

4. Корекція гормонального гомеостазу повинна включати препарати, які сприяють нормалізації роботи всіх ендокринних залоз.

5. Для лікування ПМС патогенетичним є призначення гестагенів та похідних прогестерону не менше, ніж протягом трьох місяців.

6. Зменшення інтенсивності передменструального напруження у дівчаток позитивно впливає на їх успішність у школі.

Література. 1. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – Москва, 1998. – С. 168-178. 2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – Москва, 1997. – С. 343-395. 3. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков // Руководство для врачей. – Санкт-Петербург: – 1998. – С. 142-148. 4. Карнов О.И., Томаков Л.И. и др. Справочник акушера-гинеколога. – Санкт-Петербург: – 1998. – С. 219-221. 5. Крупко-Большова Ю.А., Корлигова А.И. Патология полового развития девочек и девушек. – К., 1989. – С. 78-91.

THE EXPERIENCE OF TREATING OF PREMENSTRUAL SYNDROME IN ADOLESCENT GIRLS

O. V. Kravchenko, N. V. Kaporina, S. Y. Isar

Abstract. The premenstrual syndrome is a rather frequent pathology in adolescent girls (up to 20%) which influences upon their progress at school, ability to work, the menstrual and reproductive functions. This pathology is seldom diagnosed and patients get their treatment from other specialists (neuropathologists, therapists). They receive only symptomatic treatment. The examinations conducted by us are indicative of chronic infectious diseases and neuroendocrine disorders. The treatment of accompanying diseases and pathogenetic therapy are favourable for a decrease of the symptoms of premenstrual syndrome.

Key words: premenstrual syndrome, sickness rate of adolescent girls, treatment, neuroendocrine syndrome.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)