

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирзараимова, Н. С. Предменструальный синдром и его влияние на качество жизни / Н. С. Мирзараимова, Н. Н. Кобзарь, Л. Г. Калиева // Молодой ученый. — 2017. — № 22 (156). — С. 418–422.
2. Прокопенко, Н. А. Современный взгляд на проблему предменструального синдрома / Н. А. Прокопенко, В. В. Шапошникова // Молодой ученый. — 2016. — № 13.4 (117.4). — С. 54–55.
3. Иванова, Д. Н. Анализ распространенности цефалгической и нейропсихической форм предменструального синдрома у студенток медицинского вуза / Д. Н. Иванова, Г. С. Романчева, Н. С. Ковалева // Молодой ученый. — 2016. — № 26.2 (130.2). — С. 16–18.

УДК 618.1:618.17-008.8-037

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Лавринович П. А., Бончик А. В.

Научный руководитель: ассистент Я. И. Бик-Мухаметова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Предменструальный синдром (ПМС) — сложный циклический симптомокомплекс, который возникает за 2–10 дней до менструации и исчезает в первые ее дни. Характеризуется психоэмоциональными, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. По литературным данным, частота ПМС и составляет от 25 до 90 % [1].

Этиопатогенез на сегодняшний день до конца не установлен. Но стоит заметить, что в патогенезе ПМС важным является реакция ЦНС на колебание уровней половых гормонов и нейромодуляторов в течение менструального цикла. В соответствии с данными мировых исследований развитию ПМС способствуют: дисфункция иммунной системы; дефицит витаминов (группы В) и микроэлементов (магния и кальция); нарушение обмена минералокортикоидов; активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы; увеличение выработки простагландинов; снижение уровня эндогенных опиоидных пептидов; нарушение обмена биогенных аминов в организме; нарушение обмена половых стероидов; гиперпролактинемия [2]. На данном этапе активно изучается роль факторов воспаления в развитии ПМС.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют нервно-психическую, отечную, цефалгическую и кризовую формы предменструального синдрома [2]. Диагностика ПМС требует индивидуального подхода и тщательного изучения всех жалоб пациентки.

Согласно литературным данным последних лет, было установлено, что ПМС развивается чаще у женщин, занимающихся умственным трудом, у женщин с синдромом вегетативной дистонии, с дефицитом массы тела, экстрагенитальными заболеваниями (травмы головного мозга, болезни ЛОР-органов, аппендэктомия в препубертатном возрасте) [2]. Некоторыми исследователями подчеркивается, что фактором риска развития ПМС является нереализованное материнство.

Цель

Изучить влияние экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний на развитие предменструального синдрома у женщин.

Материал и методы исследования

Нами было проведено анонимное анкетирование 100 женщин. Для постановки диагноза ПМС мы использовали международную шкалу самооценки симптомов предменструального напряжения (Diagnostic and Statistical Manual

of mental disorders, 2013 — DSM V), это позволило разделить всех опрошенных на две группы. Основную группу составили 67 женщин с диагнозом ПМС, в группу сравнения вошли 33 женщины, у которых диагноз ПМС не был установлен. В группах исследования проводилось изучение экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний, индекса массы тела. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0» и стандартного приложения Microsoft Office Excel (2010), с помощью анализа долей (p%), стандартной ошибки доли (sp%). Парное межгрупповое сравнение количественных признаков рассчитывали по критерию Манна — Уитни с поправкой Йетса (Z). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера (P). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины с ПМС и женщины без ПМС по возрасту статистически значимо не отличались: 22 года (21; 27) и 25 лет (22; 30) соответственно ($P = 0,179$).

Гинекологические заболевания женщин групп исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика гинекологических заболеваний у женщин с ПМС и без ПМС

Гинекологические заболевания	Основная группа, (N = 67)	Группа сравнения (N = 33)	Результаты межгруппового сравнения
Эктопия цилиндрического эпителия	20 (29,9 ± 5,6 %)	10 (30,3 ± 8 %)	$p = 0,853$
Синдром поликистозных яичников	5 (7,5 ± 3,2 %)	0	$P = 0,168$
Миома матки	3 (4,5 ± 2,5 %)	1 (3 ± 3 %)	$P = 1,000$
Киста яичника	3 (4,5 ± 2,5 %)	0	$P = 0,549$
ИППП	2 (3,0 ± 2,1 %)	2 (6,1 ± 4,2 %)	$P = 0,597$

Таким образом, согласно нашим данным, статистически значимых отличий в группах по наличию гинекологических заболеваний получено не было.

Для оценки антропометрических особенностей женщин в группах исследования мы использовали значение индекса массы тела. Индекс массы тела женщин групп исследования представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Индекс массы тела у женщин с ПМС и без ПМС

Индекс массы тела и его интерпретация	Основная группа (N = 67)	Группа сравнения (N = 33)	Результаты межгруппового сравнения
Выраженный дефицит массы тела* (16 и менее)	1 (1,5 ± 1,5 %)	4 (12,1 ± 5,7 %)	$P = 0,040$
Дефицит массы тела* (16–18,5)	10 (14,9 ± 4,4 %)	0	$P = 0,028$
Норма (18,5–25)	37 (55,3 ± 6,1 %)	22 (66,7 ± 8,2 %)	$p = 0,38$
Избыток массы тела (25–30)	11 (16,4 ± 4,5 %)	4 (12,1 ± 5,7 %)	$P = 0,77$
Ожирение 1 степени (30–35)	6 (9 ± 3,5 %)	2 (6,1 ± 4,2%)	$P = 1,000$
Ожирение 2 степени (35–40)	1 (1,5 ± 1,5 %)	0	$P = 1,000$
Ожирение 3 степени (40 и более)	1 (1,5 ± 1,5 %)	1 (3 ± 3 %)	$P = 0,553$

* — Статистически значимое различие.

Согласно результатам нашего исследования, было установлено, что дефицит массы тела значимо чаще встречается среди женщин с ПМС: у 10 (14,9 ± 4,4 %)

женщин в основной группе и не встречался среди женщин в группе без ПМС ($P = 0,028$). Но стоит отметить, что женщин с выраженным дефицитом массы тела среди женщин с ПМС было статистически значимо меньше, чем среди женщин в группе без ПМС: 1 ($1,5 \pm 1,5$ %) женщина в основной группе против 4 ($12,1 \pm 5,7$ %) женщин группы сравнения ($P = 0,040$).

При изучении наличия экстрагенитальных заболеваний у женщин в группах исследования, было установлено, что у женщины с ПМС они встречались статистически чаще, чем у женщин без ПМС: у 30 ($44,7 \pm 6,1$ %) женщин в основной группе против 7 ($21,2 \pm 7,1$ %) женщин в группе сравнения ($p = 0,038$). Экстрагенитальные заболевания женщин групп исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Характеристика экстрагенитальных заболеваний у женщин с ПМС и без ПМС

Экстрагенитальные заболевания	Основная группа (N = 67)	Группа сравнения (N = 33)	Результаты межгруппового сравнения
Заболевания сердечно-сосудистой системы	6 ($9 \pm 3,5$ %)	0	$P = 0,174$
Заболевания нервной системы	3 ($4,5 \pm 2,5$ %)	1 (3 ± 3 %)	$P = 1,000$
Заболевания мочевыделительной системы	2 ($3 \pm 2,1$ %)	1 (3 ± 3 %)	$P = 1,000$
Заболевания дыхательной системы	8 ($11,9 \pm 4$ %)	2 ($6,1 \pm 4,2$ %)	$P = 0,490$
Эндокринные заболевания	4 ($6 \pm 2,9$ %)	2 ($6,1 \pm 4,2$ %)	$P = 1,000$
Заболевания системы пищеварения*	13 ($19,4 \pm 4,8$ %)	1 (3 ± 3 %)	$P = 0,031$

* — Статистически значимое различие.

Таким образом, нами было выявлено, что заболевания системы пищеварения статистически значимо чаще встречаются среди женщин с ПМС: у 13 ($19,4 \pm 4,8$ %) женщин в основной группе против 1 (3 ± 3 %) женщины группы сравнения ($P = 0,031$).

Выводы

Дефицит массы тела (ИМТ = 16–18,5) является фактором риска развития предменструального синдрома, так как способствует нарушению гормональной регуляции работы репродуктивной системы ($P = 0,028$).

Но стоит отметить, что выраженный дефицит массы тела (ИМТ = 16 и менее) среди женщин с ПМС встречается реже, что обусловлено преобладанием у таких женщин ановуляторных менструальных циклов и (или) ее нарушением по типу аменореи ($P = 0,040$).

У женщин с экстрагенитальными заболеваниями повышается риск развития ПМС ($p = 0,038$), что можно объяснить общностью и целостностью регуляции организмом всех процессов жизнедеятельности, в том числе и менструальной функции.

Заболевания пищеварительной системы повышают риск развития предменструального синдрома ($P = 0,031$), что может быть связано с нарушением обмена витаминов и микроэлементов, поступающих основным образом с пищей через пищеварительный тракт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирзараимова, Н. С. Предменструальный синдром и его влияние на качество жизни / Н. С. Мирзараимова, Н. Н. Кобзарь, А. Г. Калиева // Молодой ученый. — 2017. — № 22 (156). — С. 418–422.
2. Прокопенко, Н. А. Современный взгляд на проблему предменструального синдрома / Н. А. Прокопенко, В. В. Шапошникова // Молодой ученый. — 2016. — № 13.4 (117.4). — С. 54–55.
3. Иванова, Д. Н. Анализ распространенности цефалгической и нейропсихической форм предменструального синдрома у студенток медицинского вуза / Д. Н. Иванова, Г. С. Романчева, Н. С. Ковалева // Молодой ученый. — 2016. — № 26.2 (130.2). — С. 16–18.