

тической вакцинации и методов контрацепции. Уровень использования наиболее эффективных методов контрацепции составляет 11–13 %. Существует необходимость в проведении информационно-просветительных мероприятий, касающихся сохранения репродуктивного здоровья, планирования беременности у женщин в разных возрастных группах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джобава, Э. М. Прегравидарная подготовка как скрининг и рутинная практика. Международный опыт и клинические рекомендации / Э. М. Джобава // Акушерство и гинекология. — 2016. — № 11. — С. 16–21.
2. Пересада, О. А. Методы контрацепции: современные подходы и новые возможности / О. А. Пересада, Т. В. Колодко. — Минск: БелМАПО, 2016.

УДК 618.17-008.8-037:[316+57]

**РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
В РАЗВИТИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА**

Лаверинович 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) — совокупность патологических симптомов, возникающих за 2–10 дней до менструации и исчезающих в первые ее дни. Предменструальный синдром в основном проявляется вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, изменениями функции ЦНС. Частота ПМС колеблется в широких пределах и составляет от 25 до 90 % [1].

Этиология и патогенез ПМС на данный момент до конца не изучена. ПМС, как правило, наблюдают у женщин с регулярным овуляторным циклом. Но стоит отметить, что в патогенезе ПМС решающим является не уровень половых гормонов и нейромодуляторов, а реакция ЦНС на колебание их уровней в течение менструального цикла. Согласно данным многочисленных исследований развитию ПМС способствуют: снижение уровня эндогенных опиоидных пептидов; нарушение обмена биогенных аминов и (или) расстройство хронобиологических ритмов в организме; дисфункция центральных звеньев регуляции репродуктивной системы; нарушение обмена половых стероидов; гиперпролактинемия; нарушение обмена минералокортикоидов; активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы; увеличение выработки простагландинов; нейробиологическая и генетическая предрасположенность к психовегетативным нарушениям; дисфункция иммунной системы. Так же, ПМС связывают с дефицитом кальция и магния, нехваткой витамина В₆ и даже аллергической реакцией женщины на собственный прогестерон. В 2016 г. американские специалисты предположили, что наличие симптомов ПМС может быть связано с острым воспалительным процессом, биомаркером которого является С-реактивный белок [2].

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют нервно-психическую, отечную, цефалгическую и кризовую формы предменструального синдрома. [2] Клинические симптомы различных форм ПМС представлены в таблице 1.

Какие-либо симптомы накануне менструации отмечают 75 % женщин, но только 25 % из них действительно страдают ПМС [3].

Таблица 1 — Симптомы различных клинических форм ПМС

Клинические формы ПМС	Описание
Нервно-психическая форма	Раздражительность или депрессия (у молодых женщин преобладает депрессия, а в переходном возрасте отмечается агрессивность), слабость, плаксивость
Отечная форма	Выраженное нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота; потливость, повышенная чувствительность к запахам
Цефалгическая форма	Интенсивной пульсирующей головной болью, иррадирующей в глазное яблоко. Головная боль сопровождается тошнотой, рвотой; АД не изменяется
Кризовая форма	Повышение АД, чувство сдавления за грудиной, онемение и похолодание конечностей, учащение сердцебиения при неизменной ЭКГ, озноб.

Цель

Изучить роль социальных и биологических факторов в развитии 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. А в группу сравнения вошли 33 женщины, у которых диагноз ПМС не был установлен. В группах исследования проводилось изучение менструальной функции, репродуктивного анамнеза и социальных факторов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0» и стандартного приложения «Microsoft Office Excel» (2010), с помощью анализа долей (р %), стандартной ошибки доли (sp %). 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). Парное межгрупповое сравнение количественных признаков рассчитывали по критерию Манна — Уитни с поправкой Йетса (Z). 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 ($P = 0,179$).

Особенности менструальной функции женщин групп исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Характеристики менструальная функция у женщин с ПМС и без ПМС

Характеристика менструального цикла	Основная группа (N = 67)	Группа сравнения (N = 33)	Результаты межгруппового сравнения
Возраст менархе, лет	12 (12; 13)	13 (12; 14)	$P = 0,094$
Длина менструального цикла, дней	28 (28; 31)	28 (27; 30)	$P = 0,114$
Регулярный менструальный цикл	56 (83,6 ± 4,5 %)	29 (87,9 ± 5,7%)	$p = 0,789$
Продолжительность менструального кровотечения, дней	5 (5; 6)	5 (5; 6)	$P = 0,276$
Обильные менструации	23 (34,3 ± 5,8 %)	5 (15,2 ± 6,2 %)	$p = 0,076$
Скудные менструации	2 (3 ± 2,1 %)	3 (9,9±5,0%)	$P = 0,328$
Дисменорея	47* (70,1 ± 5,6 %)	12 (36,4±8,4%)	$p = 0,003$

* — Статистически значимое различие.

Таким образом, согласно данным таблицы видно, что дисменорея статистически значимо чаще встречается среди женщин с ПМС — у 47 (70,1 ± 5,6 %) женщин в основной группе против 12 (36,4 ± 8,4 %) женщин группы сравнения (p = 0,003).

По паритету беременности и родов группы существенно не различались. При анализе репродуктивного анамнеза существенных различий между группами исследования выявлено не было. Медицинский аборт в анамнезе имели 5 (7,5 ± 3,2 %) женщин в основной группе и 2 (6,1 ± 4,2 %) женщин в группе сравнения (P = 1,000). Самопроизвольное прерывание беременности было у 4 (6 ± 2,9 %) женщин в основной и 1 (3 ± 3 %) женщины в группе сравнения (P = 1,000). Неразвивающаяся беременность в анамнезе была у 1 (3 ± 3 %) женщин в основной группе и у 1 (10,8 ± 5,1 %) женщины группы сравнения (P = 0,553).

При оценке социальных факторов риска было выявлено, что вредные привычки женщины с ПМС имели чаще — 21 (31,3 ± 5,7 %) женщина против 3 (9,1 ± 5 %) женщин группы сравнения (P = 0,014). Статистически значимых отличий по виду вредной привычки получено не было: курение имело место у 17 (25,4 ± 5,3 %) женщин основной группы и у 3 (9,1 ± 5 %) женщин группы сравнения (P = 0,066); чрезмерный прием алкоголя у 8 (11,9 ± 4 %) женщин основной группы и 2 (6,1 ± 4,2) женщин группы сравнения (P = 0,490).

Особенности групп исследования по виду деятельности представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Вид деятельности женщин с ПМС и без ПМС

Вид деятельности	Основная группа (N = 67)	Группа сравнения (N = 33)	Результаты межгруппового сравнения
Учатся	30 (44,8 ± 6,1 %)	9 (27,3 ± 7,8 %)	p=0,142
Работают	28 (41,8 ± 6 %)	16 (48,5 ± 5,7 %)	p=0,675
Учатся и работают	7 (10,4 ± 3,7 %)	22 (66,7 ± 8,2%)	P=0,714
Не учатся и не работают	2 (3 ± 2,1 %)	6 (18,2 ± 6,7%)*	P=0,015

* — Статистически значимое различие.

Таким образом среди женщин с ПМС было статистически значимо меньше женщин, которые не имеют установленного вида деятельности, чем среди женщин без ПМС: 2 (3 ± 2,1 %) женщины в основной группе против 6 (18,2 ± 6,7 %) женщин в группе сравнения (P = 0,015).

Зависимость развития ПМС от вида трудовой деятельности установить не удалось: умственная деятельность преобладала у 56 (83,6 ± 4,5 %) женщин основной группы и 25 (75,8 ± 7,5 %) женщин группы сравнения (p = 0,505); физический — у 2 (3 ± 2,1 %) женщин основной группы и не отмечался в группе сравнения (P = 1,000); оба вида трудовой деятельности были у 9 (13,4 ± 4,2 %) женщин основной группы и 8 (24,2 ± 7,5 %) женщин группы сравнения (p = 0,285).

По особенностям места жительства (в городской или сельской местности) статистически значимых различий в группах получено не было: проживали в городах 58 (86,6 ± 4,2 %) женщин с ПМС и 30 (90,9 ± 5 %) женщин без ПМС (p = 0,763).

Выводы

У женщин с дисменореей предменструальный синдром встречается чаще, что может быть связано с общностью патогенеза данных заболеваний.

Наличие вредных привычек, как фактор, воздействующий на общий уровень здоровья, может способствовать развитию ПМС.

Отсутствие установленного вида деятельности снижает риск развития ПМС, что можно связать с более низким уровнем эмоционального и физического напряжения в течение менструального цикла.

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 нейро модуляторов 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