

**ЗБІРНИК**  
**наукових праць**

*Асоціації*  
*акушерів-гінекологів*  
*України*

**Київ**  
**“Інтермед”**  
**2011**

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАБРЯКЛОЇ ФОРМИ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ

Павловська О. М., Павловська К. М.

м. Одеса

Передменструальний синдром (ПМС) є одним з найбільш поширених нейроендокринних синдромів в гінекологічній практиці, частота якого, за даними дослідників, коливається від 25 до 75%, прогресивно збільшуючись з віком [1, 2].

Незважаючи на постійну увагу до цієї проблематики науковців й клініцистів, етіопатогенетичні механізми ПМС й досі остаточно не вирішені. Тим не менш, більшість фахівців погоджуються із запропонованою В. П. Сметник (1987) класифікацією, яка розрізняє 4 основні патофізіологічні форми ПМС в залежності від домінування окремих клінічних проявів захворювання: нейропсихічна, набрякла, нефалгічна, кризова.

Дослідження останніх років підтверджують багатофакторність й різноманітність зрушень нейро-вегетативно-ендокринно-метаболічної регуляції в організмі жінки, які ініціюють формування ПМС та обумовлюють його певний клінічний перебіг. Проте, на даний час доволі міцну позицію, обґрунтовану як з теоретичної, так і з практичної точок зору, завойовує концепція функціональної лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи з формуванням абсолютної/відносної гіперестрогенії та гіпрогестеронемії у II фазі менструального циклу, що каталізує каскад аберантних метаболічних реакцій з утворенням у передменструальний період відно-електролітного дисбалансу, патологічного психоємційного, неврологічного, гастроінтестинального симптомокомплексів та ін. [3, 4].

Отже, на думку багатьох фахівців, сучасні медикаментозні схеми ПМС мають бути акцентовані на застосування негормональних лікарських засобів, фітопрепаратів, які мають регулюючий вплив на центральні та периферичні ланки менструальної функції.

**Мета дослідження.** Визначити клінічну ефективність медикаментозного лікування набряклої форми ПМС.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 26 жінок у віці 18–23 роки з набряклою формою ПМС.

Діагноз набряклої форми передменструального синдрому встановлювали на підставі анамнестичних даних (чіткий взаємозв'язок симптоматики з фазами менструального циклу), клінічних симптомів (виникнення у передменструальні дні периферичних набряків, нагубання молочних залоз, масталгії, артралгії, пітливості, періодичних головних болів, головокружіння, дратівливості,

метеоризму, констипації, олігоурії, збільшення ваги та їх поступове зникнення з початком нового менструального циклу).

Для оцінки ступеня виразності клінічної симптоматики ПМС, аналізу ефективності призначеної терапії використовували опитувальник Рудольфа Муса (R. H. Moos, 1969), який складається з переліку 47 можливих симптомів ПМС та оцінюється за бальною системою (1 бал – відсутність патологічних проявів; 2 бали – мало помітні прояви; 3 бали – слабкі прояви; 4 бали – середньої інтенсивності прояви; 5 балів – виразні прояви; 6 балів – виразні прояви, що позбавляють пацієнтку працездатності).

Також проводився контроль лабораторних показників в динаміці (загальний аналіз крові та сечі, коагулограма, біохімічний аналіз крові, репродуктивні гормони – естрадіол, прогестерон), УЗД органів малого тазу, молочних залоз.

До складу комплексної медикаментозної терапії включали ременс по 1 таблетці тричі на день сублінгвально за 30 хвилин до прийому їжі, нейрорубін по 3 мл внутрішньом'язово 2 рази на тиждень, гербіон (ниркові краллі) по 20 крапель двічі на день. Курс лікування склав 3 місяці.

Патогенетичним обґрунтуванням вибору гомеопатичного препарату «Ременс» («Richard Wittner», Австрія), виготовленого на основі сировини рослинного й тваринного походження, стала доведена здатність його складових регулювати секрецію гіпофізарних гонадотропнів та стероїдних гормонів оваріального циклу.

Складові нейрорубіну («Merha», Швейцарія) – тіаміна гідрохлорид (завдяки впливу на енергетичний, білковий, жировий, водно-електролітний обмін регулює метаболічні процеси в центральній та периферичній нервовій системі, гомеостаз естрогенів та має певний лютеїнезуючий ефект), піридоксина гідрохлорид (відіграє важливу роль у функціонуванні серотонінергічної, дофамінергічної систем ЦНС, регулює гонадотропну функцію гіпофізу, синтез катехоламінів, простагландинів, ферментів, амінокислот, знижує рівень пролактину завдяки впливу на обмін моноамінів), ціанокобаламін (стимулює синтез метіоніну, який впливає на розумову діяльність, формує позитивні емоції).

Гербіон ниркові краллі («KRKA», Словенія) – лікарський засіб, трав'яні компоненти якого (корінь петрушки, вовчуча колючого, листя берези, мучниці звичайної, трава хвоща польового), посилюють нирковий кровообіг та діурез.

Також пацієнткам рекомендували у передменструальний період 5-6 разове харчування невеликими порціями, вживання зернового хлібу, макаронів з твердих сортів пшениці, круп (гречка, вівсянка, рис), картоплі, бобів, горіхів, тушених овочів (буяк, морква, капуста), морепродуктів, соків, морсів, трав'яних настоїв (м'ята, ромашка) з обмеженням копченостей, консервів, маринадів, гострих соусів, молока, кофе, мішного чаю, газованих напоїв, алкоголю тощо.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

Аналіз вірогідних причин ініціації ПМС показав, що у 24 (92,3%) жінок цей патологічний стан виник на несприятливому преморбідному фоні. Так, спадкова

схильність виявлена у 5 (19,2%) пацієнток, захворювання нервової системи у вигляді періодичного головного болю, мігрені, запаморочення – у 8 (30,8%), нейро-циркуляторна дистонія – у 11 (42,3%), захворювання шиполодібної залози (ювенільна гіперплазія) – у 4 (15,4%). Проте найбільш часто (76,9%) у обстежених виявлялись ознаки хронічної носоглоткової інфекції (хронічний риніт, гайморит, тонзиліт, часті ангіни). Можна припустити, що саме бактеріальні ендотоксини, обумовлюючи медіаторну дисфункцію з розвитком хронічної клітинно-тканниної гіпоксії стають вагомим дестабілізуючим фактором при формуванні центральних та периферичних ланок регуляції оваріально-менструальної функції.

При об'єктивному обстеженні значних патологічних відхилень не виявлено ні у одній пацієнтки. Менструальний цикл також був регулярним та двофазним у переважній більшості жінок. Проте, у I фазі циклу виявлено достовірне підвищення рівня естрадіолу, а концентрація прогестерону не відрізнялась від нормативних показників. У II фазі менструального циклу визначалось підвищення естрадіолу в крові в середньому в 2,1 рази, зниження рівня прогестерону у 2,2 рази.

При ультразвуковому дослідженні органів малого тазу та молочних залоз патології також не було виявлено.

Тривалість екарг ПМС коливалася від 4 до 11 днів, і в середньому складала  $6,1 \pm 1,6$  днів.

Оцінка симптоматики ПМС із застосуванням опитувальника Р. Муса показала, що у 6 (23,1%) жінок виразність симптомів була слабкою (1–3 бали), у 17 (65,4%) – середньої інтенсивності (4 бали), у 3 (11,5%) – виразні, зі значним зниженням працездатності (5–6 балів).

Після курсу лікування 16 (61,5%) жінок відмітили відсутність ознак ПМС напередодні чергового менструального циклу, решта – визнали значну клінічну ефективність запропонованого лікування (3 бали за шкалою Р. Муса), відсутність побічних ефектів, алергічних реакцій та виказали бажання повторити курс через 3 місяці.

Слід зазначити, що лабораторні показники у всіх пацієнток коливались в межах вікової норми. Препарати не викликали посилення згортальної функції крові, не мали негативного впливу на показники білкового, вуглеводного, ліпідного обміну. У 15 (57,7%) жінок було виявлено відновлення співвідношення стероїдних гормонів оваріального циклу, у решти – тенденція до нормалізації.

#### Висновки.

1. Серед соматичних захворювань саме носоглоткова інфекція «лідірує» як ймовірний фактор ініціації функціональних порушень гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової регуляції, що має стати певним орієнтиром при складанні програм обстеження, лікування та профілактики ПМС.

2. Запропонована схема лікування сприяє відновленню фізіологічного співвідношення гормонів оваріально-менструального циклу, метаболічного гомеостазу, що значно полегшує перебіг набрякатої форми ПМС.

3. Застосування рослинних препаратів та вітамінних комплексів є перспективним напрямком у подальших пошуках ефективних лікувальних програм ПМС.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія. Книга 2. Гінекологія. Підручник. – К.: Здоров'я, 2000. – С. 96–98.
2. Безюченко Г. Б. Неоперативная гинекология. – Москва: Медицинская книга, Изд-во НГМА, 2001. – С. 60–65.
3. Серов В. Н., Прилепская В. Н., Овсянникова Т. В. Гинекологическая эндокринология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 208–236.
4. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная эндокринология. – Киев: Заповіт, 2003. – С. 111–147.

## КОРЕКЦІЯ ЕНДОТОКСИНЕМІЇ У ВАГІТНИХ, ХВОРИХ НА ГРИП

Павловська О. М., Павловська К. М.

м. Одеса

За даними епідеміологічних досліджень, грип залишається одним із найрозповсюдженіших респіраторних захворювань у світі, при цьому найбільш вразливими є діти й люди похилого, старечого віку. Вагітні жінки, у порівнянні із загальною популяцією, не відносяться до групи підвищеного ризику інфікування вірусом грипу, проте гестаційні зміни з боку дихальної, серцево-судинної, імунної, гормональної систем обумовлюють нерідко тяжкий перебіг захворювання із загрозливими для життя ускладненнями та перинатальними втратами.

Так, внаслідок грипозної токсинемії, обмін речовин набуває катаболічної спрямованості із накопиченням ендотоксинів, які обумовлюють порушення внутрішньоклітинного гомеостазу, гіпоксію тканин/органів з дестабілізацією їх біохімічної й функціональної активності. Отже, на тлі гестаційного напруження нейро-вегетативно-ендокрино-обмінних процесів відбувається швидке виснаження компенсаторних механізмів в організмі вагітної жінки з активацією латентної інфекції й супутніх соматичних захворювань, що обумовлює більш тяжкий перебіг грипу та сприяє виникненню інфекційно-токсичних ускладнень з фатальними наслідками [1].