

Дайджест

Тяжелая форма предменструального синдрома

Предменструальный синдром (ПМС) – один из наиболее распространенных нейроэндокринных синдромов у женщин. Его частота, а также особенности клинических проявлений имеют определенную градацию в разные возрастные периоды – от менархе до менопаузы. У женщины позднего репродуктивного возраста, по данным литературы, отмечается наиболее тяжелое течение данной патологии.

Тяжелая форма ПМС называется предменструальным дисфорическим расстройством (ПДР). Считается, что около 5% менструирующих женщин имеют симптомы ПДР. Следует отметить, что в норме даже женщины с регулярным менструальным циклом могут отмечать некоторый дискомфорт непосредственно перед менструацией. К характерным симптомам ПДР относят гнев и нарушение межличностных отношений, раздражительность, перепады настроения, трудность в концентрации внимания, выраженная усталость, сильное чувство подавленности или отсутствие контроля. Также могут нарушаться формула сна и возникать различные соматические проблемы, например вздутие живота.

Диагноз ПДР устанавливается врачом после тщательного медицинского обследования, изучения симптомов и анамнеза заболевания. В некоторых случаях для постановки диагноза проводится психиатрическое обследование для исключения других заболеваний эмоциональной сферы, таких как депрессия или паническое расстройство. Как правило, женщины с ПДР отмечают не менее пяти из наиболее часто встречаемых симптомов ПДР в течение 7 дней до начала менструации. Если данные симптомы не улучшаются с началом менструации, это с большой степенью вероятности позволяет исключить ПДР.

ПДР – это циклическое заболевание, характеризующееся изменением настроения, поведенческими и физическими симптомами, которые проявляются исключительно в лютеиновой фазе менструального цикла и исчезают с началом менструации. ПДР отличается от ПМС количеством и специфичностью симптомов, используемых для постановки диагноза. Несколько исследований изучали наличие сопутствующих нарушений настроения и тревожных расстройств у женщин с ПДР. Однако в большинстве исследований ПДР принимали участие женщины без сопутствующих психических расстройств, что затрудняет оценку истинного уровня психической коморбидности в этой группе пациентов.

ПДР и психическая коморбидность

Несмотря на то что диагностические критерии подразумевают исключение коморбидных заболеваний, исследования показывают более высокий уровень сопутствующих нарушений настроения и тревожных расстройств у женщин с ПДР по сравнению с общей популяцией. Важно различать понятие коморбидности от предменструального обострения (ПМО) основного психического заболевания первой оси.

Распространенность ПМО психических заболеваний первой оси до сих пор не известна, однако предполагают, что это частое явление среди женщин с нарушениями настроения и тревожными расстройствами. Kornstein et al. обнаружили, что 63% женщин в пременопаузе, страдающие большой депрессией (n=1500), отмечают обострение симптомов заболевания в последние дни до начала менструации. Циклические обострения представляют собой усиление основных симптомов психического расстройства первой оси во время лютеиновой фазы менструального цикла. Диагностика таких обострений может вызывать трудности в тех случаях, когда осмотр пациента проводится ежемесячно в аналогичных фазах менструального цикла. Пациенты с аффективными расстройствами могут иметь симптомы в течение всего месяца, а в случае назначения лечения симптомы заболевания могут возникать только во время лютеиновой фазы. Ключевым понятием в ПМО является то, что симптоматический профиль одинаков на протяжении всего месяца.

В отличие от ПМО ПДР может быть диагностировано как коморбидное состояние, когда конкретная совокупность симптомов возникает во время лютеиновой фазы, прекращается с наступлением фолликулярной фазы и не повторяет основные симптомы сопутствующих заболеваний. В качестве примера диагноза ПДР можно установить у женщины, которая испытывает симптомы депрессии, характеризующиеся угнетением настроения, ангедонией, бессонницей, снижением аппетита, и которая сообщает о появлении выраженной раздражительности и сонливости только накануне менструации.

ПДР и аффективные расстройства

Женщины с ПДР чаще имеют симптомы униполярной депрессии, чем контрольная группа. Среди исследований, в которых диагноз ПДР устанавливался ретроспективно, 18-69% пациенток с данным заболеванием имели депрессивные расстройства (дистимия, малая и большая депрессия). Исследования, в ходе которых ПДР диагностировалось проспективно, показали, что депрессивные расстройства имеют 12-25% женщин с ПДР.

Cohen et al. обнаружили, что 57,6% пациенток, которым проспективно был установлен диагноз ПДР, имели в анамнезе

большое депрессивное расстройство. Эти данные согласуются с другими опубликованными отчетами. Наличие тяжелой дисфории во время лютеиновой фазы дает возможность предположить наличие сопутствующих депрессивных расстройств.

Ни в одном исследовании не изучался уровень ПДР у женщин с установленным диагнозом депрессии. Однако, поскольку депрессия распространена у женщин с ПДР, все пациентки с расстройствами настроения должны быть обследованы в отношении наличия у них ПМС и наоборот. Кроме того, некоторым женщинам, по всей видимости, присуща более высокая чувствительность к гормональным колебаниям. Это подтверждается данными, свидетельствующими о том, что ПДР может быть фактором риска послеродовой депрессии.

ПМС может иметь сезонные обострения. Сходство циклической симптоматики и склонности к сонливости и гиперфагии как при сезонном аффективном расстройстве (САР), так и при ПДР подчеркивает возможность перекрытия патофизиологии данных заболеваний. В одном из исследований ПДР была найдена у 46% женщин с САР в летний период ремиссии и у 2% пациенток контрольной группы. Также последние исследования не исключают возможность генетической предрасположенности к развитию коморбидности. В этих исследованиях было обнаружено увеличение распространенности аффективных расстройств у родственников первой степени родства пациенток с сопутствующими САР и ПДР по сравнению с родственниками женщин только с САР.

Точный характер взаимоотношения ПДР и депрессии все еще остается неопределенным, однако известно, что оба расстройства связаны с нарушением регуляции серотонина (5-НТ). В исследованиях было показано, что у женщин с ПДР снижается концентрация 5-НТ в цельной крови и уровень поглощения 5-НТ тромбоцитами. Кроме того, обнаружено, что усугубление симптомов ПМС происходит при снижении уровня триптофана, являющегося предшественником 5-НТ.

NB!

• ПДР возникает исключительно в лютеиновой фазе менструального цикла и исчезает с началом менструации.

• ПДР связано с уровнем повреждения, сопоставимым с таковым при большом депрессивном расстройстве; ПДР также снижает качество жизни пациентов и поэтому должно рассматриваться как серьезное нарушение состояния здоровья.

• ПДР может быть диагностировано как коморбидное состояние, когда специфичная совокупность симптомов возникает во время лютеиновой фазы, прекращается в фолликулярной фазе и не повторяет основные симптомы сопутствующих заболеваний.

• Препаратами первой линии в лечении пациентов с ПДР являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; возможно применение различных дозировок препаратов с целью увеличения эффективности терапии.

Диагностические критерии ПДР

На фоне большинства менструальных циклов последнего года пять или более следующих симптомов (среди которых обязательно должен присутствовать по меньшей мере один из указанных симптомов – 1, 2, 3 или 4):

1. Явное угнетенное настроение.
2. Чувство напряженности, тревоги или состояние «на пределе».
3. Эмоциональная лабильность.
4. Гнев или раздражительность.
5. Пониженный интерес к обычной деятельности.
6. Ощущение трудности концентрировать внимание.
7. Быстрая утомляемость, заметное отсутствие энергии.
8. Изменение аппетита, изменение вкусовых пристрастий.
9. Патологическая сонливость или бессонница.
10. Субъективное чувство подавленности или потери контроля.

11. Соматические симптомы (такие как нагрубание молочных желез, головная боль, боль в суставах или мышцах, ощущение отечности или увеличения массы тела).

Кроме того:

• Расстройство заметно мешает выполнять работу либо учиться, либо заниматься обычной социальной деятельностью и поддерживать отношения с другими.

• Данное расстройство не является исключительно обострением симптомов другого заболевания.

• Диагноз должен быть подтвержден проспективными ежедневными оценками в течение не менее двух последовательных циклов, сопровождающихся симптомами.

Подготовила **Ольга Татаренко**

МАГНЕ-В₆

Р.Л. МОС Украина № UA-9476/02/01-вд.26.11.2006 (Магне-В₆, № 10 амп.)
 UA-4131/01/01-вд.23.01.2005 (Магне-В₆ преміум). Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно ознайомтеся з інструкцією. Звертати в надслугу для дітей, мисл. Реклама лікарського засобу, ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жилинська, 48-50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.

Усуває симптоми дефіциту магнію^{1, 2}:

- нервозність,
- дратівливість,
- слабку тривогу,
- мінущу втому,
- невелике порушення сну.

¹ Громова О. А. «Магний и пиридоксин: основы знаний. Обучающие программы ЮНЕСКО» // Москва, 2006. – С. 176.

² Інструкція до медичного застосування препаратів Магне-В₆, Магне-В₆ преміум.

МАГНЕ-В₆
Магній – Піридоксин**Дозування²:**

- вміст 1–4 ампул Магне-В₆ на добу для дітей, поділений на 2–3 прийоми;
- 3–4 таблетки Магне-В₆ преміум на добу для дорослих за 2–3 прийоми;
- 6–8 таблеток Магне-В₆ на добу для дорослих за 2–3 прийоми.

sanofi aventis

UA_MGP_10.05.02

Здоров'я – це важливо