



Сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Симптомы ПМС возникают за 2-10 дней до начала менструации и исчезают в первые ее дни или сразу после окончания.

Частота ПМС колеблется в широких пределах в различные возрастные периоды (20-55%). ПМС наблюдается преимущественно при овуляторном, очень редко – при ановуляторном цикле, чаще у женщин умственного труда, живущих в городе. У 5-10% женщин симптомы ПМС ярко выражены. Определенную роль играют провоцирующие факторы: роды и аборты, нервно-психические стрессы, инфекционные заболевания.

В зависимости от клинической картины различают 4 клинические формы ПМС:

нервно-психическая форма характеризуется преобладанием таких симптомов, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность. Причем если у молодых женщин преобладает депрессия, то в переходном возрасте отмечается агрессивность;

при отеочной форме преобладают такие симптомы, как нагрубание и болезненность молочных желез, отеочность лица, пальцев рук, вздутие живота, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к запахам, потливость, отмечается задержка жидкости. Большинство женщин с этой формой заболевания обращаются к терапевту и уже только потом, при неэффективности терапии, к гинекологам;

цефалгическая форма характеризуется преобладанием в клинической картине головной боли, раздражительности, тошноты, рвоты, повышенной чувствительности к звукам и запахам, головокружения. У каждой третьей больной отмечается депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе. Головная боль характеризуется пульсирующей, дергающей болью в височной области, иррадиирующей в глазное яблоко. Головная боль может сопровождаться тошнотой, рвотой, при этом уровень АД не изменяется;

при кризовой форме наблюдаются симпато-адреналовые кризы. Они начинаются с повышения АД, чувства сдавления за грудиной и появлением страха смерти, сопровождаются похолоданием, онемением конечностей и сердцебиением при неизменной ЭКГ, заканчиваются обильным мочеотделением. Кризы обычно возникают вечером или ночью и наблюдаются, как правило, у женщин с нелеченной

нервно-психической, отежной или цефалгической формой ПМС.

Важность этой проблемы объясняется и социально-экономическими аспектами, так как в 3-5% случаев симптомы имеют выраженный характер и приводят к снижению работоспособности, качества жизни больных, уровня их семейной и социальной адаптации.

Патогенетическая терапия предменструального синдрома должна сочетать мероприятия, направленные на наиболее выраженные проявления нарушений. Схема лечения включает: психотерапию, рациональное питание, лечебную физкультуру, применение транквилизаторов, антидепрессантов, витаминов А,В,С и половых гормонов.