**Венцківська Ірина Борисівна. Передменструальні розлади: клініка, діагностика, прогнозування та лікування : дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Венцківська І.Б. Передменструальні розлади: клініка, діагностика, прогнозування та лікування.- Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. ПАГ АМН України, Київ, 2006.Дисертація присвячена актуальній проблемі сучасної гінекології – зниженню частоти виникнення передменструальних розладів у жінок різних вікових груп.Проаналізовано функціональний стан центральної та вегетативної нервової системи при різних формах передменструальних розладів, проведено поглиблене вивчення нейроендокринноімунного гомеостазу та мікробіоценозу вагіни у хворих на передменструальні розлади, науково обгрунтовані критерії диференційної діагностики, створено алгоритм та матеметичну модель індивідуалізованого прогнозування виникнення різних форм передменструальних розладів.На підставі комплексних клініко-параклінічних досліджень доведено, що передменструальні розлади є клінічними проявами різних за механізмом розвитку захворювань – ПМС та ПМДР, для маніфестації яких характерний позитивний віковий градіент тяжкості.В структурі ПМС переважає фізикальнийсимптомокомплекс, який розвинувся на тлі запальних захворювань геніталій та/чи екстрагенітальної патології запального генезу. При ПМС виявлена первинна гіпофункція яєчників що у поєднанні із симпатикотонією без активізації надсегментарної ланки ВНС дозволяє розглядати ПМС як соматопсихічну патологію, яка розвивається у фазі компенсації дистрес-синдрому.Доведено, що ПМДР є психосоматичним захворюванням, яке характеризується превалюванням психопатологічної симптоматики та вегетативною дисфункцією з вираженою симпатикотонією і гіперактивацією надсегментарної ланки ВНС, та розвивається на тлі імуносупресії під впливом стресогенних факторів у разі декомпенсації дистрес-синдрому.Виявлено, що однією з ланок розвитку передменструальних розладів є гіпофункція яєчників, яка у випадку ПМС є первинною і здебільшого має запальний генез, в той час, як для ПМДР характерний вторинний гіпогонадізм, що обумовлений зниженням продукції гонадотропінів та гіперпролактинемією.Доведено, що запропонований комплекс диференційованого лікування різних форм передменструальних розладів дозволяє значно знизити частоту їх виникнення, а вирогідні позитивні зміни показників нейроендокринноімунного гомеостазу свідчить про високу ефективність застосованого методу лікування. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації представлено нове вирішення наукового напрямку важливої проблеми сучасної гінекології, щодо обґрунтування системи надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнткам з передменструальними розладами шляхом розробки алгоритму діагностики та принципів і методів диференційованого їх лікування на основі встановлення взаємозв’язків гормонального та імунного гомеостазу, особливостей мікробіоценозу вагіни, а також функціонального стану центральної і вегетативної нервової системи.1. Проведені комплексні клініко-параклінічні дослідження передменструальних розладів довели, що ця патологія є клінічними проявами різних за механізмом розвитку захворювань – передменструального синдрому та передменструальних дисфоричних розладів.
2. Спільним для маніфестації передменструального синдрому і передменструальних дисфоричних розладів є позитивний віковий градієнт, при цьому у структурі передменструального синдрому переважає фізікальний симптомокомплекс, а для передменструальних дисфоричних розладів більш притаманні психопатологічні прояви.
3. Переважну більшість пацієнток з передменструальним синдромом (88,5%) складають жінки, у яких захворювання розвинулося на тлі запальних захворювань геніталій та/чи екстрагенітальної патології запального генезу. При передменструальному синдромі виявлена первинна гіпофункція яєчників (зниження вмісту прогестерону, естрадіолу та підвищення рівня АКТГ та кортизолу), що у поєднанні із симпатикотонією без активації надсегментарної ланки вегетативної нервової системи дозволяє розглядати передменструальний синдром як соматопсихічну патологію, яка розвивається у фазі компенсації дистрес-синдрому.
4. Передменструальні дисфоричні розлади – здебільшого є наслідком тривалої дії стресогених чинників у акцентуйованих за істероїдним або сенситивним типом осіб, для яких характерний високий рівень іпохондричності та реактивної чи особистісної тривожності. Гормональний статус пацієнток з передменструальними дисфоричними розладами характеризується достовірним зниженням вмісту статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, прогестерону та вільного тестостерону), гіперпролактинемією на тлі зниження сироваткових концентрацій АКТГ та кортизолу і тенденцією до зниження рівней гонадотропінів у сироватці крові, що поряд з вираженою симпатикотонією при недостатній гальмівній функції вагальної складової та гіперактивації надсегментарної ланки вегетативної нервової системи дає підстави трактувати передменструальні дисфоричні розлади як психосоматичну патологію з вторинною гіпофункцією яєчників та стресіндукованою ановуляцією, яка розвивається у разі декомпенсації дистрес-синдрому.
5. У хворих з передменструальним синдромом виявлено збільшення контамінації статевих шляхів патогенними та умовно-патогенними аеробними та анаеробними мікроорганізмами. При цьому видові та кількісні характеристики мікробіоценозу вагіни у хворих на передменструальні дисфоричні розлади суттєво не відрізнялися від аналогічних показників здорових жінок. При серологічному обстеженні пацієнток з передменструальними дисфоричними розладами відмічено більшу (в порівнянні з групою хворих на передменструальний синдром та контролем) частоту виявлення позитивних титрів IgG до вірусів герпесу І типу та цитомегаловірусу, що, враховуючи їх нейротоксичність, можна розглядати як одну з передумов зниження стресостійкості ЦНС у даного контингенту жінок.
6. Для імунного статусу пацієнток з передменструальним синдромом характерне підвищення загальної кількості Т- лімфоцитів (CD3+) що призводить також до функціонального дисбалансу їх окремих субпопуляцій (підвищення питомої ваги природних кілерів (CD16/56) , зменшення – Т-хелперів (CD4) та зменшення імунорегуляторного індексу CD4/CD8). Виявлені ознаки розбалансованості функціонального стану імунної системи при ПМС можна розглядати як наслідок персистуючого запального процесу переважно бактеріальної природи, на що вказує високий рівень експресії маркеру тривалої активації (НLA-DR) та низькі значення показників швидкої активації (CD69+ і CD71+) на тлі розбалансованості функціональної активності фагоцитів (підвищення показника фагоцитозу та фагоцитарного індексу при зниженні функціонального резерву), дисімуноглобулінемії (підвищення вмісту IgG та зниження продукції IgA) та дисцитокінемії (гіперпродукція ФНП- і зменшення секреції IФ-).
7. У хворих на передменструальні дисфоричні розлади виявили зниження загальної кількості Т-лімфоцитів, дисбаланс їх субпопуляцій (підвищення питомої ваги природних кілерів CD16/56 та зниження рівню цитотоксичних клітин з підвищенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8. Згадані зміни клітинного імунітету, поряд із зниженням функціональної активності та функціонального резерву фагоцитів, гіпоімунноглобулінемією та гіперпродукцією цитокінів (підвищена секреція ФНП та ІФ- і ), співвідносяться з імунносупресією, притаманною фазі декомпенсації дистрес-синдрому.
8. Розроблені алгоритми та математичні моделі прогнозування передменструального синдрому та передменструальних дисфоричних розладів є високоінформативними та дають можливість формувати групи ризику розвитку захворювань з урахуванням ступеня ймовірності їх виникнення.
9. Запропонований диференційований підхід до лікування різних видів передменструальних розладів з використанням патогенетично обґрунтованих комплексів, з попереднью санацією наявних запальних вогнищ, забезпечує усунення істотних порушень ендокринного, імунного статусу, функціонального стану центральної та вегетативної нервової системи з досягненням стійкого клінічного ефекту, який у 4,35 рази перевищує ефект традиційної терапії.
 |

 |