

УДК 618.17+57.048

Л.В. Пахаренко

**СОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ  
ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** Проведено обстеження 200 жінок із передменструальним синдромом (ПМС). Встановлено, що жінки з ПМС мають тенденцію до підвищеної кількості розлучень ( $\chi^2=2,37$ ,  $p=0,12$ ,  $OR=5,44$ , 95 % CI 0,71-41,58,  $p=0,10$ ), що особливо характерно для жінок із нейропсихічною формою захворювання ( $\chi^2=5,99$ ,  $p=0,01$ ,  $OR=10,79$ , 95 % CI 1,36-85,47,  $p=0,02$ ). Такі фактори, як вища освіта ( $\chi^2=8,57$ ,  $p=0,003$ ,  $OR=2,67$ , 95% CI 1,41-5,03,  $p=0,002$ ) та інтелектуальна зайнятість

( $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,04$ ,  $OR=2,03$ , 95% CI 1,08-3,80,  $p=0,03$ ) можна розглядати як маркери підвищеного ризику виникнення ПМС, що найбільш властиво нейропсихічній формі хвороби. Наші дослідження не підтвердили ролі куріння та проживання у великих містах як факторів ризику розвитку даного нейроендокринного синдрому.

**Ключові слова:** передменструальний синдром, фактори ризику.

**Вступ.** Передменструальний синдром (ПМС) відноситься до групи нейроендокринних синдромів у гінекології. Це складний симптомокомплекс, при якому наявні психопатологічні, вегетосудинні та обмінно-ендокринні розлади, що виникають у лютеїнову фазу менструального циклу [1]. Він включає більше 150 симптомів. Як відмічається багатьма дослідниками, 80-100 % жінок відчувають хоча б один симптом передменструального розладу в II фазі циклу [9, 11], які, однак, не потребують спеціального лікування. Проте на відміну від цього, для ПМС характерними є такі симптоми, які порушують повсякденну діяльність. Численні наукові дослідження свідчать про вплив ПМС на погіршення якості життя жінки, зниження її повсякденної та соціальної активності, погіршення стосунків у сім'ї та з оточуючими [5, 7, 8].

До факторів ризику виникнення ПМС відносять: європеїдна раса, проживання у великих промислових та адміністративних центрах, інтелектуальне навантаження, пізній репродуктивний вік, наявність стресових ситуацій, часті вагітності або їх відсутність, наявність ПМС у сестриблизнюка, наявність викиднів, абортів, післяпологова депресія, запальні захворювання геніталій, нейроінфекція, черепно-мозкові травми, нейрообмінні захворювання та ін. [3, 4, 6, 10].

**Мета дослідження.** Встановити можливі соціальні передумови розвитку передменструального синдрому.

**Матеріал і методи.** Проведено дослідження 200 жінок із передменструальним синдромом, які становили основну групу. Контрольну групу становили 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням Наказу МОЗ України № 676 від 31. 12. 2004 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги" [1]. Діагноз ПМС виставляли шляхом виявлення циклічності маніфестацій захворювання в лютеїновій фазі менструального циклу на основі збору анамнезу та ведення пацієнткою щоденника самоспостереження впродовж 2-3 менструальних циклів (менструальний дистрес-опиту-

вальник Р. Муса). Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В.П. Сметник [2].

Критеріями включення хворих до групи спостереження були: репродуктивний вік (18-44 роки), регулярний менструальний цикл, наявність ПМС, письмова згода пацієнта.

Критеріями виключення пацієнтів із дослідження були жінки, які мали на момент дослідження вагітність та лактацію, розлади менструального циклу, наявність вогнищевої патології молочних залоз, дисфункціональні маткові кровотечі нез'ясованої етіології, гострі запальні захворювання органів малого таза, пухлини матки та яєчників нез'ясованої етіології, гіперпластичні процеси ендометрія, генітальний ендометріоз, тяжку соматичну патологію в анамнезі (захворювання серцево-судинної, сечовидільної, травної, дихальної систем, захворювання крові), органічну патологію центральної нервової системи, психічні захворювання, гормонпродуруючі пухлини, цукровий діабет, захворювання наднирникових залоз, злоякісні утвори в даний час чи в анамнезі, передменструальний дисфоричний розлад, жінки, які приймали психотропні препарати або гормональну терапію впродовж останніх трьох місяців.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували критерій  $\chi^2$  (програма Statistics 6.0) та співвідношення шансів (Odds Ratio, OR), довірчий інтервал (Confidence Interval, CI).

**Результати дослідження та їх обговорення.** В основній групі набрякову форму захворювання діагностовано в 70 жінок, нейропсихічну – у 72, цефалгічну – у 33, кризову – у 25. Середній вік жінок контрольної та основної груп статистично не відрізнявся та становив відповідно  $28,82 \pm 0,76$  та  $30,13 \pm 0,36$  року ( $p=0,08$ ). Однак вікові відмінності встановлено в жінок із цефалгічною ( $31,09 \pm 0,68$  року,  $p=0,02$ ) та, особливо, кризовою формами ПМС ( $34,72 \pm 0,94$  року,  $p<0,001$ ), вік яких був достовірно більшим, ніж у здорових жінок, у той час як при набряковій та нейропсихічній формах вік жінок практично відповідав віку

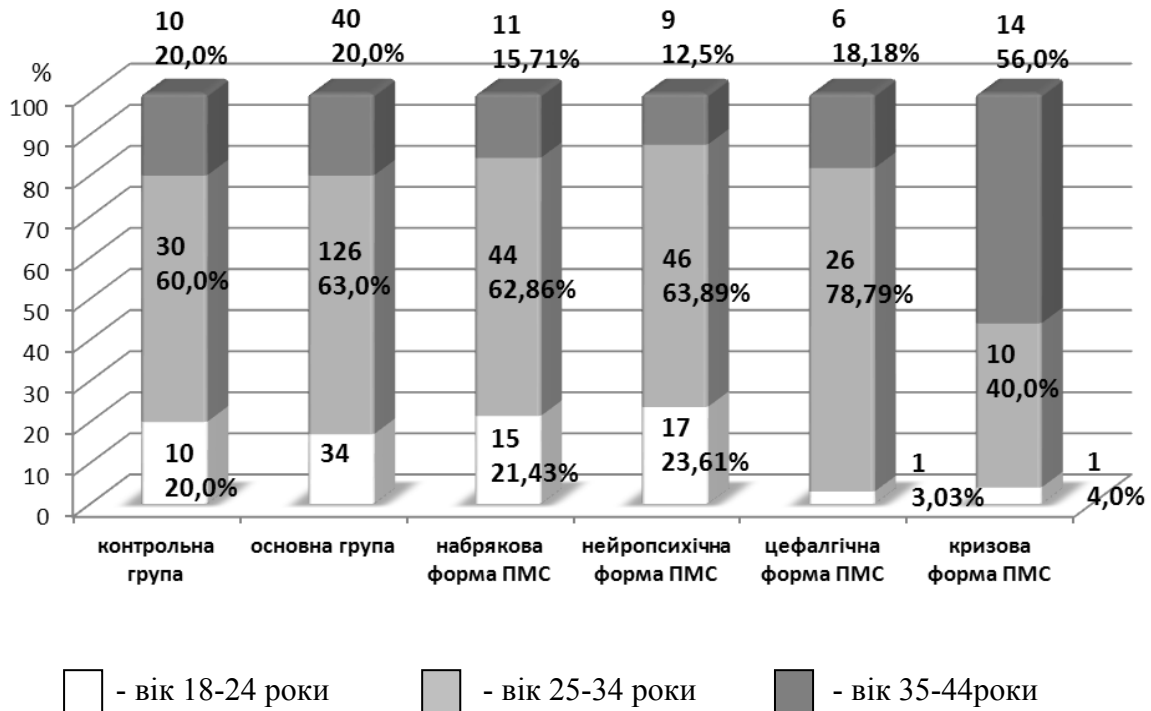


Рис. Віковий склад обстежених жінок

Таблиця 1

Сімейний стан обстежених жінок

Сімейний стан	Групи жінок					
	Контрольна група, n=50	Основна група				
		Набрякова форма, n=70	Нейропсихічна форма, n=72	Цефалгічна форма, n=33	Кризова форма, n=25	Всього, n=200
Шлюб зареєстрований	32 64,0 %	51 72,86 %	44 61,11 %	29 87,88 %	22 88,0 %	146 73,0 %
Шлюб незареєстрований	3 6,0 %	-	1 1,39 %	-	-	1 0,5 %
Одинока	14 28,0 %	14 20,0 %	14 19,44 %	3 9,09 %	2 8,0 %	33 16,5 %
Розведена	1 2,0 %	5 7,14 %	13 18,06 %	1 3,03 %	1 4,0 %	20 10,0 %

жінок контрольної групи (відповідно 28,39±0,59 та 28,81±0,59 року).

За розподілом репродуктивного віку ми також не відмітили достовірної різниці серед жінок контрольної та основної груп (рис.). Найбільшу категорію склали пацієнти віком 25-34 роки – 60,0 % та 63,0 % в обох групах відповідно. Проте жінок із цефалгічною та кризовою формами ПМС віком 18-24 роки було в 6,67 ( $\chi^2=3,61$ ,  $p=0,06$ ,  $OR=0,13$ , 95 % CI 0,02-1,03,  $p=0,05$ ) та 5,0 рази менше ( $\chi^2=2,25$ ,  $p=0,13$ ,  $OR=0,17$ , 95% CI 0,02-1,38,  $p=0,09$ ), ніж здорових. А жінок віком 35-44 роки встановлено більше у 2,8 рази серед хворих із кризовою формою ПМС, ніж серед здорових жінок ( $\chi^2=8,34$ ,  $p=0,004$ ,  $OR=5,09$ , 95% CI 1,78-14,56,  $p=0,002$ ).

Вважається, що оптимальні соціальні та економічні фактори відіграють певну роль у станов-

ленні репродуктивної функції жінки. Нами не встановлено достовірної різниці в місці проживання обстежених жінок: 6 (12,0 %) жінок контрольної групи проживали в сільській місцевості, 44 (88,0 %) – у місті. Аналогічну тенденцію відмічено в основній групі, у якій ці показники становили відповідно 27 (13,5 %) та 173 (86,5 %) жінки.

Зареєстрований шлюб мали більшість обстежених жінок дослідних груп (табл. 1). Найбільший відсоток жінок із зареєстрованим шлюбом встановлено в групі з цефалгічною та кризовою формами ПМС, що було в 1,37 ( $\chi^2=4,65$ ,  $p=0,03$ ,  $OR=4,08$ , 95 % CI 1,24-13,46,  $p=0,02$ ) та 1,38 рази більше ( $\chi^2=3,65$ ,  $p=0,06$ ,  $OR=4,13$ , 95 % CI 1,08-15,71,  $p=0,04$ ), ніж у здорових жінок. Привертає увагу той факт, що серед жінок основної групи встановлено тенденцію до зростання кількості

Таблиця 2

## Характер освіти та зайнятості серед жінок із різними формами передменструального синдрому

Освіта/ зайнятість	Групи жінок					
	Контроль- на група, n=50	Основна група				
		Набрякова форма, n=70	Нейропсихічна форма, n=72	Цефалгічна форма, n=33	Кризова фор- ма, n=25	Всього, n=200
Характер освіти						
Вища освіта	20 40,0 %	41 58,57 %	51 70,83 %	20 60,61 %	16 64,0 %	128 64,0 %
Середня/спеці- альна освіта	30 60,0 %	29 41,43 %	21 29,17 %	13 39,39 %	9 36,0 %	72 36,0 %
Вид зайнятості						
Інтелектуальна зайнятість	25 50,0 %	46 65,71 %	53 73,61 %	20 60,61 %	15 60,0 %	134 67,0 %
Робітниці	15 30,0 %	10 14,29 %	9 12,5 %	7 21,24 %	5 20,0 %	31 15,5 %
Безробітні, домо- господарки	10 20,0 %	14 20,0 %	10 13,89 %	6 18,18 %	5 20,0 %	35 17,5 %

розлучень, що було в 5,0 раза більше, ніж у контрольній групі ( $\chi^2=2,37$ ,  $p=0,12$ ,  $OR=5,44$ , 95 % CI 0,71-41,58,  $p=0,10$ ). Статистично достовірні відмінності цього показника виявлені в групі жінок із нейропсихічною формою ПМС, у яких кількість розлучень була в 9,0 раза більшою, ніж серед здорових жінок ( $\chi^2=5,99$ ,  $p=0,01$ ,  $OR=10,79$ , 95 % CI 1,36-85,47,  $p=0,02$ ).

Серед багатьох факторів ризику виникнення ПМС характер освіти та зайнятості відіграє значну роль. Наші дослідження показали, що кількість жінок основної групи з вищою освітою становила переважну більшість та була на 24,0 % більше ( $\chi^2=8,57$ ,  $p=0,003$ ,  $OR=2,67$ , 95% CI 1,41-5,03,  $p=0,002$ ), ніж у контрольній групі (табл.2). Частота жінок з вищою освітою була практично однаковою у хворих із різними формами ПМС і становила від 58,57 % жінок із набряковою формою ( $\chi^2=3,32$ ,  $p=0,07$ ,  $OR=2,12$ , 95 % CI 1,01-4,44,  $p=0,046$ ) до 70,83 % жінок із нейропсихічною формою ( $\chi^2=10,30$ ,  $p=0,001$ ,  $OR=3,64$ , 95 % CI 1,70-7,79,  $p<0,001$ ).

Інтелектуальну зайнятість (службовці, вчителі, лікарі, менеджери, економісти, працівники банків, студенти та ін.) встановлено в переважній більшості жінок із ПМС – 67,0 %, що було в 1,34 раза більше, ніж серед здорових (50,0 %;  $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,04$ ,  $OR=2,03$ , 95% CI 1,08-3,80,  $p=0,03$ ). Така тенденція особливо виражена в групі жінок із нейропсихічною формою ПМС, кількість яких становила 73,61 % ( $\chi^2=6,15$ ,  $p=0,01$ ,  $OR=2,79$ , ДІ 1,30-5,98 95 % CI,  $p=0,008$ ).

В основній групі 15 (30,0 %) жінок мали робочу професію (продавці, швачки, санітарки та ін.), що в 1,94 раза менше, ніж у контрольній (30,0%;  $\chi^2=4,68$ ,  $p=0,03$ ,  $OR=0,43$ , 95 % CI 0,21-0,88,  $p=0,02$ ). Найменший відсоток жінок (12,5 %) із робочою професією встановлено серед хворих із нейропсихічною формою ПМС, що у 2,4 раза менше порівняно зі здоровими жінками

( $\chi^2=4,66$ ,  $p=0,03$ ,  $OR=0,33$ , 95 % CI 0,13-0,84,  $p=0,02$ ).

Частота жінок, які курять, була практично однаковою в обох групах та склала 9 (18,0 %) та 37 (18,5 %) осіб і не мала відмінностей залежно від форми ПМС.

## Висновки

1. Результати наших досліджень свідчать про значення певних соціальних факторів у виникненні передменструального синдрому.

2. Передменструальний синдром та його форми трапляються в жінок будь-якого репродуктивного віку. Лише кризова форма захворювання достовірно частіше трапляється в осіб 35-44 роки ( $\chi^2=8,34$ ,  $p=0,004$ ,  $OR=5,09$ , 95 % CI 1,78-14,56,  $p=0,002$ ).

3. Жінки з передменструальним синдромом мають тенденцію до підвищеної кількості розлучень ( $\chi^2=2,37$ ,  $p=0,12$ ,  $OR=5,44$ , 95 % CI 0,71-41,58,  $p=0,10$ ). Особливо достовірна асоціація з частотою розлучень встановлена в жінок із нейропсихічною формою захворювання ( $\chi^2=5,99$ ,  $p=0,01$ ,  $OR=10,79$ , 95 % CI 1,36-85,47,  $p=0,02$ ).

4. Вищу освіту та інтелектуальну зайнятість можна розглядати як маркери підвищеного ризику передменструального синдрому. Вища освіта підвищує ризик виникнення передменструального синдрому в 1,6 раза ( $\chi^2=8,57$ ,  $p=0,003$ ,  $OR=2,67$ , 95 % CI 1,41-5,03,  $p=0,002$ ), а розвитку нейропсихічної форми хвороби – в 1,77 раза ( $\chi^2=10,30$ ,  $p=0,001$ ,  $OR=3,64$ , 95 % CI 1,70-7,79,  $p<0,001$ ). У жінок з інтелектуальною зайнятістю достовірно частіше (в 1,34 раза) виявлявся передменструальний синдром ( $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,04$ ,  $OR=2,03$ , 95% CI 1,08-3,80,  $p=0,03$ ), що найбільше було встановлено серед хворих із нейропсихічною формою ( $\chi^2=6,15$ ,  $p=0,01$ ,  $OR=2,79$ , ДІ 1,30-5,98 95 % CI,  $p=0,008$ ).

5. Наші дослідження не підтвердили ролі куріння та проживання у великих містах як фак-

торів ризику виникнення передменструального синдрому.

#### Перспективи подальших досліджень.

Отримані результати дозволяють спрогнозувати виникнення ПМС. Перспективою подальших досліджень є оцінка ефективності заходів профілактики розвитку захворювання з урахуванням факторів ризику.

#### Література

1. Наказ № 676 МОЗ України від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
2. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. Книга 1 / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС, 1995. – 224 с.
3. Татарчук Т.Ф. Діагностика, профілактика та лікування передменструального синдрому (методичні рекомендації) / Т.Ф. Татарчук, І.Б. Венцівська, І.С. Майдан. – К., 2005. – 20 с.
4. Татарчук Т. Ф. Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук – К.: Заповіт, 2003. – 300 с.
5. Chandraratne N.K. Premenstrual syndrome: the experience from a sample of Sri Lankan adolescents / N.K. Chandraratne, N.S. Gunawardena // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2011. – Vol. 24 (5). – P. 304-310.
6. Explorative evaluation of the impact of severe premenstrual disorders on work absenteeism and productivity / L.A. Heinemann, T.D. Minh, A. Filonenko [et al.] // Womens Health Issues. – 2010. – Vol. 20 (1). – P. 58-65.
7. Karout N. Prevalence and pattern of menstrual disorders among Lebanese nursing students / N. Karout, S. W. Hawai, S. Altuwajri // East Mediterr. Health J. – 2012. – Vol. 18 (4). – P. 346-352.
8. Health advantage for black women: patterns in premenstrual dysphoric disorder / C.E. Pilver, S. Kasl, R. Desai [et al.] // Psychol. Med. – 2011. – Vol. 41 (8). – P. 1741-1750.
9. Tschudin S. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample / S. Tschudin, P. C. Bertea, E. Zemp // Arch. Womens Ment. Health. – 2010. – Vol. 13 (6). – P. 485-494.
10. Vigod S. N. Understanding and treating premenstrual dysphoric disorder: an update for the women's health practitioner / S.N. Vigod, L.E. Ross, M. Steiner // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2009. – Vol. 36 (4). – P. 907-924.
11. Wong L.P. Menstrual-related attitudes and symptoms among multi-racial Asian adolescent females / L.P. Wong, E.M. Khoo // Int. J. Behav. Med. – 2011. – Vol. 18 (3). – P. 246-253.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

*Л.В. Пахаренко*

**Резюме.** Проведено обстеження 200 жінок з передменструальним синдромом (ПМС). Установлено, що жінки з ПМС мають тенденцію до підвищеному числу розводів ( $\chi^2=2,37$ ,  $p=0,12$ ,  $OR=5,44$ ,  $95\%$  CI 0,71-41,58,  $p=0,10$ ), що особливо характерно для жінок з нейропсихічними формами захворювання ( $\chi^2=5,99$ ,  $p=0,01$ ,  $OR=10,79$ ,  $95\%$  CI 1,36-85,47,  $p=0,02$ ). Такі фактори, як вище освітання ( $\chi^2=8,57$ ,  $p=0,003$ ,  $OR=2,67$ ,  $95\%$  CI 1,41-5,03,  $p=0,002$ ) та інтелектуальна занятість ( $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,04$ ,  $OR=2,03$ ,  $95\%$  CI 1,08-3,80,  $p=0,03$ ) можна розглядати як маркери підвищеного ризику виникнення ПМС, що найбільш властиво нейропсихічним формам захворювання. Наші дослідження не підтвердили ролі куріння та проживання в великих містах як факторів ризику розвитку даного нейроендокринного синдрому.

**Ключевые слова:** передменструальний синдром, фактори ризику.

## SOCIAL BACKGROUND OF PREMENSTRUAL SYNDROME

*L.V. Pakharenko*

**Abstract.** The study involved 200 women with premenstrual syndrome (PMS). It was established that women with PMS tend to have increased number of divorces ( $\chi^2=2,37$ ,  $p=0,12$ ,  $OR=5,44$ ,  $95\%$  CI 0,71-41,58,  $p=0,10$ ), which is especially typical for women with neuropsychic diseases ( $\chi^2=5,99$ ,  $p=0,01$ ,  $OR=10,79$ ,  $95\%$  CI 1,36-85,47,  $p=0,02$ ). Such factors as higher education ( $\chi^2=8,57$ ,  $p=0,003$ ,  $OR=2,67$ ,  $95\%$  CI 1,41-5,03,  $p=0,002$ ) and intellectual occupation ( $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,04$ ,  $OR=2,03$ ,  $95\%$  CI 1,08-3,80,  $p=0,03$ ) can be considered as markers of increased risk of PMS, which are most typical for neuropsychic diseases. Our study did not confirm the role of smoking and living in big cities as risk factors of this neuroendocrine syndrome.

**Key words:** premenstrual syndrome, risk factors.

SHEE "National Medical University" (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 4 (72). – P. 95-98

Надійшла до редакції 21.07.2014 року