

Литература:

1. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский и др. // Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1200 с.
2. Курцер М.А. Оперативное акушерство Манро Керра / М.А. Курцер. Пер. с англ. П. И. Медведевой // Москва, Рид Элсивер, 2015. – 392 с.
3. Радзинский В.Е. Гинекология: Учебник / В.Е. Радзинский, А.М. Фукс // Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.
4. Серов В.Н. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов и др. // Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.
5. Сидорова И.С. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания / И.И. Сидорова, И.О. Макаров, С.А. Леваков // Москва, ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 128 с.
6. Faro Sebastian. Postpartum endometritis / Clinics in perinatology. — 2005. — Vol. 32. — P. 803 – 814.

УДК 618.17-008.8-02-036.1-08

**Е.Э. Тотмянина, И.А. Горбач, Ю.А. Ускова
СИНДРОМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ:
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ, ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Пермский государственный медицинский университет
Пермь, Российская Федерация

**E.E. Totmyanina, I.A. Gorbach, J.A. Uskova
PREMENSTRUAL TENSION SYNDROME: PREDICTORS OF
DEVELOPMENT, CLINICAL FEATURES, CORRECTION OPTIONS**

Department obstetrics and gynecology
Perm State University of Medicine
Perm, Russian Federation

Контактный e-mail: totmyanina.elena@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены предикторы развития предменструального синдрома, особенности личностных характеристик у пациенток с ПМС. Предложены варианты коррекции, воздействующие на саногенез. Данный метод терапии лишен побочных осложнений.

Annotation. The article deals predictors of premenstrual syndrome, particular personality characteristics in patients with PMS. Options proposed correction affecting sanogenesis. This method of treatment is deprived of side effects.

Ключевые слова: предменструальный синдром, фитотерапия.

Keywords: premenstrual syndrome, phytotherapy.

Синдром предменструального напряжения [1, 6] наблюдается у каждой пятой женщины в возрасте 19 – 29 лет [2]. Это заболевание является сложным патологическим симптомокомплексом [3], возникающим в предменструальные дни и проявляющимся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями [4, 5], которые без должной терапии могут прогрессировать. Понимание механизмов возникновения и течения необходимо для правильного подхода к лечению.

Цель исследования – изучение предикторов развития, особенностей клинического течения и личностных характеристик пациенток с синдромом предменструального напряжения (ПМС). Рассмотреть эффективность возможных вариантов коррекции симптомов.

Материалы и методы исследования

Для выявления предикторов развития, вариантов клинического течения и особенностей личностных характеристик у больных с ПМС было проведено анонимное анкетирование 42 студенток 5-6 курса ПГМУ с включением опросников для изучения невротических черт личности (модификация 2003г. опросника невротических расстройств 1983 г. Бакирова Г.Х.) и менструального дистресс-опросника (Рудольф Мус, 1969г.). Все испытуемые в зависимости от ответов были разделены на 2 группы: 1-я – без проявлений ПМС – 12 человек и 2-я – с различными его проявлениями – 30 человек. Всем 30 пациенткам с данной патологией был предложен выбранный нами комплекс мероприятий для лечения ПМС. Предложенная схема терапии включала: модификацию образа жизни (соблюдение режима дня, легкий бег или пешие прогулки не менее 1 часа в день, употребление воды не менее 1,5 литров в сутки, диета с высоким содержанием углеводов и низким содержанием белков), фитотерапию, массаж, ароматерапию, комплекс витаминов, дыхательную гимнастику по методу Стрельниковой и комплекс упражнений по методике йоги. Причем, пациенткам было предложено самим выбрать те методы, которые они смогут выполнить. Согласились на проведение терапии 10 человек, из которых 5 выполнить весь предложенный комплекс не смогли.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследуемых в обеих группах составил $23 \pm 0,5$ года. Менструации начались в 1-й группе в $13 \pm 0,5$ лет (41,7%), а во 2-й в $14 \pm 0,8$ лет (30 %) и были регулярными в обеих группах. По мнению опрошенных обильные менструации были в 1-й группе у 1 (8,3%), во 2-й группе - у 21 (70 %). Средний возраст начала половой жизни составил $17 \pm 0,3$ в 1-й группе, во 2-й группе – $17 \pm 0,6$ лет. В 1-й группе беременности были у 2 (16,6%) опрошенных,

закончились родами, во 2-й группе беременели 4 (33,3%) пациентки, родами закончились 2 (16,6%) беременности и абортами – 2 (16,6%). Наиболее частым средством контрацепции был презерватив: в 1-й группе – 4 (33,3%) человека, во 2-й – 10 (33,3%) человек. Воспалительные заболевания гениталий отмечены в 1-й группе у 1 (8,3%) женщины, во 2-й – у 12 (40 %). Стрессовые ситуации отсутствовали у опрошенных в 1-й группе, а во 2-й - имелись у 17 (40,5 %) человек. Особенности питания: предпочитают мясную пищу в 1-й группе 8 (66,7%) человек, во 2-й – 27 (64,3%). Чай, кофе, шоколад употребляют одинаково часто как в 1-й группе 6 (41,7%), так и во 2-й – 23 (54,8%). Ежедневные гимнастические упражнения выполняли в 1-й группе 25%, во 2-й – 48%. По поводу имеющихся симптомов к врачу обращались всего 2 респондентки, из них – одной лечение не было назначено, второй был рекомендован «Жанин».

Из 30 человек с ПМС нервно-психическая форма наблюдалась у 4 (13,3%) опрошенных, отечная - у 4 (13,3%), смешанная форма у 20 (66,6%), другие проявления наблюдались у 2 (6,6%) человек. Средний возраст появления нервно-психической формы $16 \pm 0,5$ лет, отечной $17 \pm 0,5$ лет, смешанной формы $15 \pm 0,6$ лет.

При анализе анамнеза жизни выявлено, что в 1-й группе возраст родителей на момент рождения респонденток составлял 22 ± 3 года, 2-й группе - 38 ± 3 . На благоприятное течение беременности у матерей указали все респондентки 1-й группы, а во 2-й группе – только 6 (20%) человек. Осложнения при беременности в группе без ПМС были в 1 случае (8,4%), а в группе с ПМС – у 11 (36,6%) человек. Экстрагенитальные заболевания не отмечены у матерей респонденток в 1-й группе (100%), во 2-й группе на наличие у матерей экстрагенитальной патологии указало 25 (83,3%) респонденток. Роды были самостоятельными в 100% случаев в 1-й группе, и в 54,8% во 2-й группе. Осложнения в родах в группе без ПМС наблюдались у 1 (8,3%) опрошенной, а во 2-й группе – у 5 (11,9%). Аналогичные симптомы в течение ПМС у родственников не наблюдались в 1-й группе, а во 2-й группе – имели место у 11 (36,6%) человек.

При анализе опросника невротических черт личности было выявлено: в 1-й группе у 8 (66,6%) человек, а во 2-й группе – у 3 (10%) черты, определяющие сбалансированный характер эмоциональных реакций. У 4 (33,3%) человек 1-й группы и 25 (83,3%) 2-й группы выявлены черты, предрасполагающие к развитию невротических реакций и состояния дезадаптации. Высокий уровень выраженности невротических черт личности, проявляющийся в значительном эмоциональном напряжении и снижении уровня социальной адаптации, выявлен у 2 (6,6%) человек 2-й группы. Во 2-й группе уровень невротических расстройств встречается достоверно чаще ($p < 0,05$).

При изучении корреляционной зависимости симптомов во 2-й группе выявлена средняя степень связи между уровнем концентрации, изменением поведения ($r=0,49$) и задержкой воды ($r=0,42$); между изменением поведения,

дееспособностью ($r=0,63$), негативными психоэмоциональными проявлениями ($r=0,46$) и вегетативными реакциями ($r=0,6$); между вегетативными реакциями, болью ($r=0,41$) и дееспособностью ($r=0,57$); между задержкой воды и дееспособностью ($r=0,41$).

Предложенный нами курс коррекции прошли 5 пациенток в течение 6 месяцев, из них со смешанной формой ПМС – 3, нервно-психической – 2. Анализируя результаты проведенной терапии можно сказать, что 2 пациентки отметили полное прекращение имеющихся симптомов, 2 – значительное их ослабление. И у одной пациентки, которая выполняла только комплекс дыхательных упражнений не отмечено изменения в состоянии здоровья.

Выводы:

1. По данным нашего исследования среди возможных предикторов развития можно выделить: наследственность, измененные условия внутриутробного развития, осложнения и особенности родоразрешения, стрессовые ситуации, личные типологические характеристики.

2. Среди наших пациенток чаще встречалась смешанная форма ПМС.

3. Изучение личностных характеристик пациенток предполагает необходимость профессионального проведения индивидуальной психокоррекции и социальной реабилитации.

4. Предложенный нами комплекс терапии, направленный на оптимизацию саногенетических механизмов организма, может выступать в качестве первой степени в лечении ПМС.

Литература:

1. Аракелов С.З. Предменструальный синдром: современные аспекты классификации, диагностики и лечения / С.З. Аракелов, Т.Д. Гурнев, В.Д. Морозова и др. // Акушерство и гинекология, 2014. – № 8. – С. 133 – 136

2. Барденштейн Л.М. Предменструальный синдром (вопросы патологии, клинической картины и лечения) / Л.М. Барденштейн, Е.В. Полукова, А.М. Торчинов // Гинекологическая эндокринология, 2012. – Т. 12. – № 2. – С. 21 – 25

3. Басова О.Н. Лечение предменструального синдрома у подростков и женщин репродуктивного возраста / О.Н. Басова, В.Г. Волков // Акушерство и гинекология, 2012. – № 2. – С. 76 – 80

4. Геворкян М.А. Предменструальный синдром: рациональные подходы к диагностике и терапии / М.А. Геворкян, С.О. Смирнова // Акушерство и гинекология, 2012. – Т. 8. – № 2. – С. 112 – 116

5. Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром / Е.А. Межевитинова, Р.А. Сасунова // Гинекологическая эндокринология, 2012. – Т. 12. – № 6. – С. 34 – 38

6. Ледина А.В. Предменструальный синдром: возможности негормонального лечения // Акушерство и гинекология, 2012. – № 1. – С. 75 – 79

С.У. Утамурадова, Е.В. Кудрявцева, В.В. Ковалев
СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО
ДИАБЕТА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

S.U. Utamuradova, E.V. Kudriavzeva, V.V. Kovalev
MODERN CRITERIA FOR GESTATIONAL DIABETES MELLITUS
AND PERINATAL OUTCOMES

Department of obstetrics and gynecology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: GuppiSab@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены случаи беременности и родов пациенток с диагнозом ГСД и без него, сравнены исходы родов, проведен сравнительный анализ перинатальных исходов, особенностей течения беременности и родов.

Annotation. The article deals with cases of pregnancy and patient's childbirth with diagnosis GDM, and without it. Compared the perinatal outcomes, peculiarities of pregnancy of childbirth.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, беременность, крупный плод

Keywords: Gestational diabetes mellitus, pregnancy, high for gestational age baby

В современных условиях практикующие акушер-гинекологи сталкиваются с неуклонным ростом частоты гестационного сахарного диабета (ГСД). Согласно определению ВОЗ, ГСД - это гипергликемия, впервые выявленная во время беременности, но не соответствующая критериям манифестного СД.

Распространенность ГСД среди беременных женщин Европы в 2010 году составила 20,7 %, к 2030 году прогнозируемый рост ГСД может достигнуть 49,3 % [5]. До 2012 года распространенность ГСД в России составляла 4,5 %, однако после перехода на новые критерии диагностики частота этой патологии многократно увеличилась.

Исследование НАРО (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes- Гипергликемии и Неблагоприятных Исходов беременности), проведенное в