

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РАЗВИТИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО
СИНДРОМА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 0301505
Миних Елены Анатольевны**

Научный руководитель:
преподаватель Пахомова Л.В.

Рецензент:
Варавина Л.Ю.
Заведующая поликлиническим
отделением № 1 ОГБУЗ «Городская
поликлиника г. Белгорода»,
поликлиническое отделение № 1

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА	6
1.1. Предменструальный синдром и основные теории возникновения	6
1.2. Клиническая картина предменструального синдрома.....	11
1.3. Диагностика предменструального синдрома.....	15
1.4. Факторы риска и влияние вредных привычек на развитие предменструального синдрома	20
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РАЗВИТИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА	23
2.1. Методика собственного исследования	23
2.2. Результаты собственного исследования	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
РЕКОМЕНДАЦИИ	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	43
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы

Нарушение менструальной функции у молодых женщин является причиной всех заболеваний репродуктивной системы и осложненного течения беременности и родов. Поэтому раннее выявление признаков нарушений менструального цикла является важной задачей практического здравоохранения.

«Несмотря на то, что первые научные публикации о ПМС появились более века назад, многие аспекты этого патологического состояния остаются неизученными. Это касается эпидемиологических аспектов ПМС, данные о его распространенности разноречивы и варьируют в широких пределах – от 30 до 95%. Остаются дискуссионными вопросы, касающиеся частоты и особенностей клинического течения ПМС и, в частности, его тяжелых форм, приводящих к значительному снижению качества жизни, социальной активности женщин, а в ряде случаев – и к потере трудоспособности. По данным зарубежных исследователей, тяжелое течение ПМС выявляется до 11 и более процентов пациенток, информация о частоте тяжелых форм синдрома в отечественных работах отсутствует. Она касается частоты ПМС средней степени тяжести, которая колеблется от 36,2% до 45,5%. Недостаточно освещены вопросы зависимости клинического течения синдрома от возраста женщин и длительности течения ПМС. Отечественными и зарубежными учеными чаще обследовалась когорта молодых женщин, что не дает полного представления об эпидемиологических и клинических особенностях течения ПМС у женщин других возрастных групп. До настоящего времени остаются предметом дискуссии вопросы этиологии ПМС, а факторы, приводящие к развитию этого патологического состояния, имеющиеся в литературе, значительно варьируют в зависимости от особенностей региона проживания, характеристики выборки, во многом спорны, и даже противоречивы» [2, стр. 6].

Таким образом, наряду с отсутствием четкого представления о факторах риска и влияния его на качество жизни женщин, обуславливают необходимость комплексного изучения проблемы предменструального синдрома. Всё вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Гипотеза исследовательской работы заключается в том, что профилактическая деятельность медицинской сестры способствует улучшению качества жизни и снижению гинекологической заболеваемости среди населения.

Цель работы. Повышение эффективности профилактики предменструального синдрома на основании изучения эпидемиологических, клинических и других его особенностей с выделением групп высокого риска по развитию ПМС с разработкой на основании полученных данных рациональной системы профилактики.

Задачи исследования.

1. Изучить теоретические аспекты предменструального синдрома.
2. Оценить социально-биологический и клинический статус женщин с нарушениями менструального цикла и предменструальным синдромом.
3. Выявить зависимость нарушений менструального цикла и предменструального синдрома от вредных привычек у женщин.
4. Разработать и предложить комплекс профилактических мероприятий по снижению риска нарушений менструального цикла и предменструального синдрома.

Предмет исследования: влияние вредных привычек на развитие предменструального синдрома у женщин Белгородской области.

Объект исследования: женщины Белгородской области в количестве 38 человек.

Методы исследования:

- 1) теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- 2) анкетирование;

- 3) популяционно-статистический;
- 4) метод эмпирического исследования – сравнение, наблюдение;
- 5) статистический метод (обработка данных с помощью пакета статистического анализа Microsoft Excel).

Теоретическое значение проведенного исследования заключается в том, что в нем предпринята возможность анализа литературных источников для выявления особенностей развития предменструального синдрома и его профилактики.

Практическая значимость: подготовка комплекса профилактических мероприятий для реализации профилактической деятельности медицинской сестры с целью улучшения качества жизни пациенток страдающих предменструальным синдромом.

Научная новизна: впервые был осуществлен анализ факторов, возможно оказывающих влияние на развитие нарушений менструальной функции и предменструального синдрома с помощью авторской анкеты-интервью на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Структура работы: В первой главе исследования проведен анализ литературных источников по этиологии и патогенезу предменструального синдрома, его диагностики и методов лечения. Вторая глава содержит результаты исследования по определению влияния различных факторов на развитие предменструального синдрома, подведение результатов по каждому вопросу анкеты. Разработан комплекс профилактических мероприятий по снижению риска нарушений менструального цикла и предменструального синдрома. Работа представлена на 48 страницах, имеет список использованных источников литературы, включающий 6 наименований, 30 рисунков. В качестве приложения представлены анкета для пациентов, комплекс профилактических мероприятий.

Время исследования: 2018-2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

1.1. Предменструальный синдром и основные теории возникновения

«Предменструальный синдром» или «синдром предменструального напряжения» означают патологическое состояние, которое характеризуется разнообразными циклически повторяющимися, эмоциональными, физическими, поведенческими и познавательными симптомами, развивающиеся в течение лютеиновой фазы менструального цикла и исчезающие вскоре после начала менструации».

«В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD-10) ПМС является автономной нозологической единицей (код N 94.3) «Синдром предменструального напряжения».

Наиболее тяжелый вариант развития и течения ПМС – предменструальное дистрофическое расстройство (ПМДР). Применительно определению Американской психиатрической ассоциации ПМДР – тяжелая форма ПМС, характеризующаяся тем, что превалирует нервно- психическая симптоматика (нервозность, гнев).

Несмотря на то, что первые научные публикации о предменструальном синдроме появились более ста лет назад, многие точки зрения, с которых рассматривается это патологическое состояние остаются не подвергшимися изучению и отсутствует четкая теория его этиологии и патогенеза.

«Вопросы возникновения и развития ПМС являются объектом обсуждения, а данные о факторах, которые приводят к развитию данного патологического состояния, значительно варьируют в зависимости от особенностей места проживания, характеристики выборки и во многом являются предметом спора и порой являются противоречивыми».

Точка зрения на причины и механизм развития данного состояния изменялись по мере расширения знаний о нормальном функционировании и патологии менструального цикла.

Наблюдается множество теорий, которые пытаются разъяснить генезис данного патологического состояния и развитие «симптоматики ПМС»:

- гормональная;
- аллергическая;
- теория водной интоксикации;
- гипердренокортикальной активности и увеличения альдостерона;
- психосоматических нарушений».

«Одной из первых сформированных теорий предменструального синдрома является гормональная теория, родоначальником которой являлся Роберт Франк. В тысяча девятьсот тридцать первом году он допустил возможность того, что предменструальный синдром определен изменением соотношения эстрогенов и прогестерона в лютеиновой фазе менструального цикла. Избыточное количество эстрогенов и недостаточное содержание прогестерона содействуют развитию следующих симптомов: адинамия, головная боль, чрезмерная утомляемость, уменьшение диуреза. Трактуются это тем, что значительное количество эстрогенов приводит к развитию гипогликемии, которой характерно чувство усталости, а недостаточное количество прогестерона вызывает задержку жидкости в организме».

«Основой данной теории является положение: «Существование ПМС не возможно без овариальной активности», что значит следующее: предменструальный синдром не может появиться до начала полового созревания, после наступления менопаузы, также во время протекания беременности и у женщин, не имеющих яичники. В настоящее время существуют работы, доказывающие, что гормональный фон женщины при ПМС не подвергается изменениям.

«Четкие доказательства того, что развитие ПМС зависит от дисбаланса половых гормонов отсутствуют, поэтому были предприняты попытки

разъяснить его развитие с точки зрения их обменных реакций в структурах центральной нервной системы. При физиологическом метаболизме, протекающем без нарушений, прогестерон характеризуется тем, что способен образовывать аллопрегнанонон, который проводит стимуляцию ГАМК-А-рецепторов, а также поднимает активность хлоридных ионных каналцев нейронных мембран, осуществляя успокаивающий эффект. При нарушениях процессов метаболизма прогестерона в ЦНС гормон вырабатывает прегнанонон, являющийся антагонистом ГАМК-А- и -В-рецепторов, присутствие которых может пояснить клинические проявления ПМС».

«Появление приступов мигрени, задержку жидкости объясняют влиянием серотонина, участвующего в проверке секреции пролактина. Утверждено, что контролирующее действие данного нейротрансмиттера помогает в увеличении секреции пролактинрилизинг-фактора, результатом действия которого является внезапное появление симпатикоадреналовых кризов, аффективных нарушений».

«Ряд авторов считают, что продукция пролактин-рилизинг-гормона модулируется также гипоталамическими дофаминергическими нейронами. Дофамин, относящийся к семейству катехоламинов, является нейромедиатором, осуществляющим передачу импульсов между нейронами и участвующим в биохимическом обеспечении процессов, протекающих в центральной нервной системе, регулирует базовые навыки (приём пищи, половое поведение и др.) и высшие мозговые функции (мотивация, обучение, координация, память, внимание). Дофамин является основным физиологическим пролактин-ингибирующим фактором и у женщин с нарушением его секреции наблюдаются тревожность, депрессия, эмоциональная лабильность, нарушения сна, агрессивность, панические атаки, масталгия, пищевые отклонения, сниженное внимание, т.е. симптомы, наблюдаемые при ПМС, что является основанием для углубленного изучения этого нейромедиатора у женщин с ПМС» [2, с. 41].

В соответствии аллергической теории, предменструальный синдром является результатом повышенной чувствительности к эндогенному прогестерону. Чрезмерная чувствительность «к эстрогенам и прогестерону нередко бывает патологией, которую не диагностируют. И, тогда, диагноз определяют с помощью проведения кожных проб к минимальным дозам гормонов. Регулярно появляющиеся физиологические изменения, отклоняющиеся от нормы, и изменение нормального состояния кожи (гиперпигментация, вульгарные угри, зуд вульвы, папулезная сыпь) возможно свидетельствуют о повышенной чувствительности к внешним половым гормонам или даже о присутствии аллергии».

«В исследованиях А. Pereira-Vega было высказано предположение о том, что существует взаимосвязь между аллергией и рядом состояний в рамках ПМС, таких как предменструальная астма, мастодиния, вздутие живота, а также дисфорические симптомы» [2, с. 42-43].

«Теория водной интоксикации говорит о том, что задержка жидкости у больных ПМС определяется нейроэндокринными нарушениями. Например, модификациями в системе «ренин- ангиотензин- альдостерон». Полагается, что увеличение секреции адренокортикотропного гормона гипофизом под воздействием стресса, а также повышенного содержания гормонов серотонина и ангиотензина II оказывает влияние на увеличение секреции альдостерона. Ангиотензиноген, в свой черед, вырабатывается печенью под воздействием эстрогенов, а ренин является ферментом, который превращает ангиотензиноген в ангиотензин».

«Теория гипердренокортикальной активности и повышения альдостерона создает гипотезу о том, что эстрогены могут повышать уровень ренина в плазме крови за счет повышения ангиотензиногена печенью, в связи с чем повышается инициативность гормонов (ренина и ангиотензина II), что приводит к избыточному количеству альдостерона. В свой черед, прогестерон повышает активность ренина, вследствие чего происходит увеличение секреции и выведения альдостерона. Так, при альдостеронизме в почечных канальцах

протекает обратное поглощение натрия, в ходе которого происходит потеря калия и кальция, а также задерживается жидкость в тканях, прогестерон — антагонист альдостерона, значит, при его недостаточном количестве возникает вероятность развития явления вторичного гиперальдостеронизма».

«Преимущественно актуальной теорией развития предменструального синдрома является теория нарушения обмена нейромедиаторов в центральной нервной системе. Соответственно этой теории, предменструальный синдром рассматривают как функциональное нарушение центральной нервной системы из-за воздействия экзогенных факторов на фоне врожденной или же приобретенной лабильности гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы. На данном этапе в патогенезе ПМС существенное внимание предоставляют пептидам интермедиальной доли гипофиза — меланостимулирующему гормону. Данный гормон под воздействием половых стероидов и при сотрудничестве с эндорфином может оказывать содействие модификациям настроения. Эндорфины также могут являться причиной перемен поведения, настроения, увеличения аппетита и чувства жажды».

«В некоторых случаях итогом вызванного эндорфинами повышения уровней вазопрессина, пролактина, и замедляющего влияния их на действие простагландина E, могут быть набухание молочных желез, задержка жидкости в организме, запоры и вздутие. Помимо всего другого, возникновение предменструального синдрома возможно связано с присутствием авитаминоза в лютеиновую фазу менструального цикла».

«Имеется достаточное количество теорий и концепций, объясняющих механизмы возникновения ПМС, в частности связанных с недостаточным количеством ряда витаминов (B6, A, E, D), недостатком кальция, нарушением активности нейротрансмиттеров и рядом других нарушений».

«Так же предполагается, что недостаточное количество ненасыщенных жирных кислот в рационе питания, недостаток витамина C, магния и цинка, уменьшение сосредоточения простагландина E1 могут быть причиной развития данной патологии».

«Предположение о наследственной обусловленности ПМС основано на данных клинико-эпидемиологического анализа, выявившего повышенный риск возникновения ПМС в случае его присутствия у пробанда или родственниц первого поколения. У женщин с генетической предрасположенностью могут отмечаться чрезмерные ответы на нормальные циклические флюктуации половых гормонов, другие реакции» [2, с. 43].

Но ни одна из имеющихся теорий происхождения ПМС не может объяснить всего многообразия симптомов, которые могут встречаться.

1.2. Клиническая картина предменструального синдрома

Клинические проявления ПМС могут начаться в любой промежуток времени после наступления первой менструации и, в большинстве случаев, продолжают в течение всего репродуктивного периода, если лечение отсутствует. Прекращение проявлений симптомов ПМС наблюдаются при наступлении менопаузы полностью, а временно в период беременности или каких-либо нарушениях в овуляторных циклах.

В данное время клиническая картина ПМС описывается огромным многообразием симптомов.

В 1971 Кузнецовой М. Н. симптомы были сгруппированы в 3 группы:

1. «Симптомы, отражающие нервно-психические нарушения: раздражительность, депрессия, плаксивость и агрессивность (встречаются у 70-90% женщин)».

2. «Симптомы, являющиеся следствием вегето-сосудистого дисбаланса: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, боли в области сердца, тахикардия и изменение артериального давления (АД) (встречаются у 20-40% пациенток с ПМС)».

3. «Симптомы, характерные для обменно-эндокринных нарушений: нагрубание молочных желез, отеки, метеоризм, зуд, познабливание и озноб,

снижение памяти и зрения, жажда, одышка и повышение температуры тела (встречаются у 60% пациенток)» [2, с. 27-28].

По мнению некоторых авторов, «у предменструального синдрома имеются несколько стадий патогенеза:

- компенсированная – симптомы возникают во второй части цикла, а, когда наступает менструация, прекращаются и с возрастом не имеют склонности к прогрессированию;

- субкомпенсированная – симптомы чаще всего наблюдаются во второй половине цикла и заканчиваются к завершению менструации; тяжесть ПМС на данной стадии характеризуется ухудшением симптоматики, ее увеличением, а исчезновение симптомов наблюдается только после окончательного прекращения менструальной функции;

- декомпенсированная – симптомы предменструального синдрома характеризуются проявлениями, которые протекают на протяжении нескольких дней и после прекращения менструации, а окна между их прекращением и возобновлением становятся короче».

Часто женщины назначают личный диагноз, установленный путем наблюдения за течением болезни длительное время, предменструального синдрома, который был сформирован на симптомах предшествующих циклов, но широкомасштабное комплексное исследование, которое сравнивало ретроспективный диагноз с проспективной оценкой симптомов, показало, что ретроспективный диагноз не является верным.

В зависимости от того, какие проявления преобладают в клинической картине, можно выделить четыре формы ПМС:

- отечная;
- нервно-психическая;
- цефалгическая;
- кризовая.

«Клиника нервно-психической формы ПМС характеризуется следующими симптомами: раздражительность, слабость, депрессия,

агрессивность, плаксивость, повышенная восприимчивость к запахам и звукам. Нервно-психическая форма находится на первом месте по распространенности по сравнению с другими формами. Средний возраст пациенток, страдающих данной формой ПМС составляет 33 ± 5 лет. В раннем репродуктивном возрасте нервно-психическая форма фиксируется у 18%, в активном репродуктивном — у 69%, в позднем — у 40% страдающих предменструальным синдромом».

«В клинической картине отечной формы ПМС преобладают болезненность молочных желез, отечность живота, отечность лица и конечностей, зуд кожи, а также потливость. У многих женщин с ПМС в лютеиновую фазу отмечается накопление жидкости до 500–700 мл. Данная форма предменструального синдрома находится на третьем месте по распространенности среди других форм. Отечная форма ПМС представляется наиболее распространенной у женщин раннего репродуктивного возраста ($\approx 46\%$), а реже всего наблюдается у женщин активного репродуктивного возраста ($\approx 6\%$)».

«Клиническая картина цефалгической формы предменструального синдрома характеризуется следующими проявлениями: головные боли, раздражительность, головокружение, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к запахам и звукам, депрессии, боли в сердце, нагрубание молочных желез, онемение рук и потливость. Головная боль пульсирующего, дергающего характера и начинающаяся в височной доле. Цефалгической форме ПМС характерно тягостное течение с регулярными рецидивами. По распространенности данная форма занимает второе место и встречается примерно у 20 % страдающих синдромом женщин. Наиболее часто наблюдается у больных раннего и позднего репродуктивного возраста (≈ 32 и 20 % соответственно)».

«При кризовой форме ПМС значительно выражены симпатoadреналовые кризы, начинающиеся с повышения артериального давления, появления страха смерти, чувства сдавления груди, онемения конечностей. Кризы чаще возникают вечером или ночью и заканчиваются обильным мочеотделением.

Кризисы могут быть результатом длительных стрессов, усталости, инфекций. Данная форма является наиболее тяжелым проявлением предменструального синдрома, но при этом наименее распространенным. Всего у 4% больных женщин раннего репродуктивного возраста наблюдается кризовая форма ПМС, у 12,5% больных активного фертильного возраста и у 20 % позднего».

«Кроме этих основных четырех форм предменструального синдрома существует атипичная форма, которая включает в себя гипертермическую, офтальмоплегическую форму мигрени гиперсомническую формы, а также циклические аллергические реакции».

«В соответствии с тем, насколько выражены клинические признаки, ПМС подразделяют на две степени тяжести: легкая и тяжелая. Для легкой формы характерно возникновение симптомов ПМС за 2-10 дней до менструации при существенной выраженности одного или двух признаков. Тяжелая форма характеризуется появлением от 5 до 12 симптомов за 3-14 дней до начала менструации, при этом 2-5 признаков заболевания, в некоторых случаях они все, резко выражены».

Все многообразие симптомов ПМС можно распределить на две группы: поведенческие и физические. К поведенческим относят усталость, забывчивость, раздражительность, нарушение сна, изменчивое настроение, гнев, конфликты с другими людьми, снижение интереса к повседневной деятельности, социальная изоляция, трудности с концентрацией внимания. К физическим – изменение аппетита, разнообразные желудочно-кишечные расстройства, вплоть до тошноты и рвоты, мышечные и головные боли, повышенная чувствительность груди – масталгия, повышение температуры, отечность, прибавка массы тела и т. д.. В настоящее известно более 200 симптомов, которые обусловлены сложной этиологией ПМС.

1.3. Диагностика предменструального синдрома

«В связи с тем, что симптомов ПМС имеется значительное количество, в диагностике заболевания встречаются определенные трудности. Присущим является тот факт, что они почти сразу исчезают с появлением первых месячных выделений. В тех случаях если изменения сохраняются в течение всего периода менструации, то, скорее, всего данные симптомы не относятся к предменструальному синдрому, а сообщают о каком-либо гинекологическом нарушении. Женщины, которые страдают данным синдромом, нередко обращаются к разным специалистам в зависимости от того, какие симптомы преобладают. Тем не менее иногда врачи, не думая, что у пациентки ПМС, находят лечение этих симптомов положительным, хотя на самом деле такой же эффект наблюдался бы и без лечения сразу же после начала первой фазы менструального цикла, а с началом через месяц лютеиновой фазы отмечается только ухудшение самочувствия больной».

«Перед тем, как приступить к лечению предменструального синдрома, врач внимательно изучает симптомы», цикличность их проявления и исчезновения, которые свидетельствуют о наличии его у девушки. Диагноз ПМС утверждается согласно критериям МКБ-10, при наличии одного или нескольких симптомов и периодичности.

В соответствии с принятой в 2007 году конвенции Всемирной организации здравоохранения и Американской коллегии акушеров и гинекологов диагноз предменструальный синдром правоспособно поставить при наличии всех критериев, которые представлены ниже:

1) «Симптом (ы) появляются за 2 недели до начала менструации в значительном количестве циклов».

2) «Симптом (ы) стремительно исчезают после того, как начинаются менструации, и не имеются на протяжении большей части фолликулярной фазы менструального цикла».

3) «Симптом (ы), как правило, связывают с ухудшением самочувствия и/или связей с коллегами, окружающими людьми и/или являются основанием терзаний, эмоционального или физического стресса, который оказывает негативное влияние на организм и отрицательное влияние на деятельность и поведение, что приводит к нарушению привычного образа жизни».

4) «Цикличность, которая связана с менструациями, появление симптомов в лютеиновую фазу и отсутствие их во время всей фолликулярной фазы, должны быть зарегистрированными при повторном осмотре врачом и/или ежедневном контроле самой пациенткой».

5) «Симптом (ы) не должны представляться усилением или усугублением проявлений психологического или физического расстройства».

«На основании перечисленных положений предложен ряд диагностических критериев и их количественная оценка

Диагностический критерий 1:

- симптом (ы): ПМС характеризуется присутствием определенного набора симптомов. Любой симптом может квалифицироваться, как проявление ПМС, если он удовлетворяет описанным критериям;

- для оценки тяжести клинических симптома (ов) рекомендуется использование 10-бальной шкалы, где 0 = отсутствие симптомов, 1-3 = незначительные, 4-6 = умеренные, 7-10 = тяжелые проявления, что позволяет разделить пациенток с тяжелыми (>7), и умеренными (>4) проявления ПМС;

- симптомы могут появляться за 14 дней до начала менструации и исчезать в течение 5 дней менструального кровотечения;

- длительность проявлений ПМС может находиться в интервале от 2 до 14 дней;

- для проведения начального скрининга необходимо анализировать два из последних трех последовательных циклов; в случае проведения исследований - два из трех циклов, в течение которых осуществляется контроль симптомов.

Диагностический критерий 2:

- длительность бессимптомной стадии должна составлять от 6 до 10 дней менструального цикла. День, в который произошло умеренное напряжение из-за воздействия внешних обстоятельств, также учитывается как день с проявлениями ПМС;

- под отсутствием симптомов расценивается их тяжесть от 0 до 3 баллов из 10.

Диагностический критерий 3:

- для количественной оценки таких качественных понятий как «ухудшение», «дисфункция» и дистресс должна использоваться адаптированная шкала оценки потери трудоспособности Sheehan 36 Disability Scale. При этом «ухудшение и/или дистресс» должны длиться в течение не менее 2 дней.

Диагностический критерий 4:

- симптомы должны удовлетворять критерию цикличности: необходимо четкое разграничение понятий «отсутствие симптома» и «наличие симптома»;

- повторные клинические наблюдения должны быть выполнены, по крайней мере, дважды – когда симптомы присутствуют и в бессимптомной стадии;

- необходима ежедневная оценка симптомов самими пациентками в течение двух, не обязательно последовательных циклов.

Диагностический критерий 5:

Клинические симптомы, являющиеся проявлением таких заболеваний как хроническая депрессия, биполярной расстройство, дисменорея, эндометриоз, поликистозные яичники, анемия, гипотериз, панические расстройства и ряд других должны быть исключены из анализа» [2, с. 34-36].

Диагностику, которая исключает не подходящую симптоматику, ПМС в первый черед проводят с разнообразными психическими заболеваниями, поскольку в его клинической картине часто превалирует именно психоневрологическая симптоматика. Необходимо исключить большое депрессивное состояние, генерализованную тревожность, панические и

биполярные расстройства. Аналогичные симптомы могут иметь анемия, синдром хронической усталости, аутоиммунные заболевания, гипотиреоз, диабет, судорожные состояния, эндометриоз и др. При необходимости для консультации должны привлекаться узкопрофильные специалисты: терапевт, психоневролог, гастроэнтеролог.

«Часто установлению диагноза помогает ведение женщиной специального дневника, в котором каждый день в течение всего менструального цикла отмечаются все симптомы. Заполнение менструальных календарей симптомов имеет немалое значение для оценки эффективности проведенной терапии и осуществления лечебного наблюдения. Кроме этого, необходимо проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ) и реоэнцефалографии (РЭГ) сосудов головного мозга, определение уровня пролактина, прогестерона в крови до и во время менструации. В зависимости от тяжести заболевания и возраста больной также определяют состояние центральной нервной системы, уточняют уровни поражения головного мозга с помощью рентгенологических и нейрофизиологических исследований. При нервно-психической форме ПМС нужно проконсультироваться у невролога и психиатра. При отечной форме важно следить за диурезом и количеством потребляемой жидкости в течение 3–4 дней до и во время менструации. При данной форме циклического синдрома вероятно назначение маммографии, также находят показатели остаточного азота и креатинина, проводят исследование выделительной функции почек. При цефалгической форме предменструального синдрома отмечаются изменения костей свода черепа и турецкого седла, в связи с этим проводят их рентгенографию, выполняются ЭЭГ, РЭГ, изучается состояние глазного дна. Рекомендуется проконсультироваться у окулиста, невропатолога, и аллерголога. При кризовой форме ПМС следят за диурезом, количеством выпитой жидкости и артериальным давлением. Проводятся электроэнцефалограмма, РЭГ сосудов головного мозга, краниография».

Безусловно, ПМС – это многоликое патологическое состояние, которое оказывает влияние на качество жизни женщины.

Качество жизни – это показатель, объединяющий физические, психологические, эмоциональные и социальные характеристики человека, что отражает его способность адаптироваться к проявлениям болезни. У женщин с ПМС способность приспосабливаться к проявлениям болезни и общественной деятельности значительно нарушена. Для них характерны частая смена настроения, повышенная агрессивность и конфликтность, депрессивные состояния, иногда тяжело протекающие. Все это значительно снижает качество жизни женщины в целом.

«Интерес к изучению ПМС с точки зрения его влияния на КЖ обусловлен следующими положениями, сформулированными на основе анализа современной литературы:

- у многих женщин предменструальные признаки оказывают существенное отрицательное воздействие на их повседневную жизнь, отмечается нарушение различных социальных и индивидуальных функций - снижение работоспособности, социальной активности и взаимоотношений в семье, включая сексуальную сферу;

- в работах Johnson S.R. (1987), Robinson R.L. (2000) была продемонстрирована стойкая корреляция между выраженностью симптомов ПМС и ухудшением социальных функций. Пациентки с ПМС почти в девять раз чаще сообщают об ухудшении взаимоотношений в семье, отсутствии интереса к занятиям хобби и снижении трудовой активности по сравнению с женщинами без ПМС;

- подсчитано, что у 80 % женщин с ПМС, по крайней мере, в течение одной недели в месяц отмечается снижение производительности труда из-за предменструальных симптомов; кроме того, они имеют более высокие показатели пропусков работы или учебы, по сравнению с женщинами без ПМС. Вышеперечисленные положения определяют также увеличение использования ресурсов здравоохранения, выражающихся в более частом посещении врача пациентками с ПМС по сравнению с женщинами без этих нарушений» [2, с. 55].

Следовательно, диагноз предменструальный синдром или предменструальное дистрофическое расстройство помогает определить ухудшение качества жизни по показателям, которые утверждены в данных критериях.

1.4. Факторы риска и влияние вредных привычек на развитие предменструального синдрома

«Одной из важных задач современной медицины является обнаружение биологических, социальных и ряда других прогностических параметров какого-либо заболевания, которые получены на основе клинической оценки здоровья. В наблюдаемой проблеме изучение факторов риска предусматривает отбор групп женщин с возможностью развития ПМС».

«Так, на основании популяционного исследования Р.А. Deusterустановлены следующие факторы риска, ассоциированные с развитием ПМС:

- Биологические/социальные факторы: возраст женщины (25-34 лет по сравнению с 35-44-летними (10,7 против 4,5%); высшее образование (19,7 против 6,9%); расовая принадлежность: 10,4% – у женщин негроидной расы, 7,4% – у представительниц европоидной расы и 4,3% – другие расы; отсутствие постоянной работы (12,6 против 6,7%); ежегодный доход менее 20 тыс. долларов (8,4 против 6,5%).

- Соматические/акушерско-гинекологические факторы: индекс массы тела (ИМТ) равный 27 и выше (12,0 против 5,9%); возраст начала менархе 12 лет и менее (10,2 против 7,2%); длительность менструации более 6 дней (19,0 против 6,8%).

- Психологические факторы: стресс и его выраженность (13,7% и 6,7 при умеренном и выраженном стрессе, соответственно, и против 1,9% при незначительном).

– Бытовые и поведенческие факторы: активный образ жизни (физическая активность, занятия спортом) (10,5 против 5,2%); пристрастие к диетам (10,1 против 5,5%)».

В исследовании достоверно не подтверждено влияние на развитие ПМС таких факторов как употребление кофе, курение или умеренное употребление алкоголя, супружеский статус, беременность и прием КОК.

Основными факторами риска развития ПМС по данным Татарчук Т.Ф. на современном этапе являются: европеоидная раса; проживание в крупных городах; занятие интеллектуальным трудом; наличие проявлений ПМС у однойяцевой сестры-близнеца; поздний репродуктивный возраст; наличие стрессов и депрессий; частые беременности или, наоборот, их отсутствие; выкидыши или аборт; токсикоз беременных; наличие побочного действия при приеме комбинированных пероральных контрацептивов; гинекологические операции; воспалительные заболевания органов половой системы; генитальный кандидоз; черепно-мозговые травмы; нейроинфекции; другие нейроэндокринные заболевания; недостаточная физическая активность; несбалансированность питания.

Однако результаты подобного факторного анализа в различных исследованиях значительно варьируют и во многом спорны.

В работе S. Mustaniemi (2011) с участием 175 пациенток с ПМС проведен анализ анамнестических данных для установления факторов риска, при этом основную группу составили 95 женщин, которые были рождены в срок, а группу сравнения – 75 женщин, рожденных преждевременно и имевших малый вес при рождении (<1500 г), что, как известно, характеризуется значительными последствиями, включая нарушение состояния системы индивидуальной стресс-реактивности. По мнению авторов, данный фактор мог значительно увеличивать частоту развития симптомов ПМС. Однако в результате исследования первоначальное предположение не было подтверждено. Что касается экстрагенитальной патологии, то по данным V. Skrzypulec et al. (2007), распространенность ПМС у девушек с бронхиальной астмой ниже (25%), чем у

здоровых сверстниц (46,7%). При этом автором также отмечается более поздний возраст менархе, меньшее использование КОК и применение В-миметиков для лечения соматической патологии. Помимо генетической предрасположенности, по мнению J. Cunningham (2009), высокий индекс массы тела, перенесенные ранее травмы, приводящие к нарушению реакции на стрессовые ситуации, также могут быть причиной развития ПМС» [2, с. 46-49].

«И так, рассмотрение литературных источников показало достаточно обширную базу факторов риска развития ПМС, которая зависит от географического района, массы и описания выборки, что представляется следствием отсутствия определений, которые являлись бы всеми принятыми, и критериев, на основе которых бы ставился диагноз. Патологические состояния, которые представляются главными вероятными основаниями и факторами риска развития предменструального синдрома, во многих исследованиях имеют значительное количество вариантов, но самой встречаемой причиной развития состояния предполагают стресс, особенно у девушек, которые живут в промышленно- развитых городах и соматические болезни. Неопределенность данных, имеющихся на настоящее время, обуславливает необходимость дальнейшего исследования основных факторов манифестации ПМС».

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РАЗВИТИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

2.1. Методика собственного исследования

Данное исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

В ходе исследования использовались **методы**:

- 1) теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- 2) анкетирование;
- 3) популяционно-статистический;
- 4) метод эмпирического исследования – сравнение, наблюдение;
- 5) статистический метод (обработка данных с помощью пакета статистического анализа Microsoft Excel).

2.2. Результаты собственного исследования

В ходе исследования были опрошены 38 пациенток ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

С помощью анкеты оценивалась длительность ПМС, связь начала синдрома с различными перенесенными жизненными ситуациями, неблагоприятными факторами и вредными привычками. Анкетируемые отмечали ранее перенесенные соматические, гинекологические и венерические заболевания. Также анкета включала вопросы, касающиеся антропометрических данных, которые представлены в Таблице 1. Полученные данные предоставили возможность рассмотреть весь диапазон признаков, которые связаны со здоровьем и поведением, социальной активностью и статусом женщин с ПМС.

Социально-биологические параметры девушек с ПМС

Показатели	ПМС (N=38)
Вес	55,30
Рост	165,70
Возраст	19,94
Вес при рождении	3415,51
Менархе	12,57
Возраст установления регулярного цикла	12,43
Возраст начала половой жизни	17,58
Длительность менструального цикла (от начала до начала)	28,27
Длительность менструации (от начала до конца выделений)	5,59
Сон (часов)	9,13

На диаграмме видно, что более половины (66%) живут в городе (Рис. 1). В нем сосредоточено значительное количество промышленных объектов, которые могут оказывать негативное влияние на организм женщин, что в сочетании с непростыми климатическими условиями, может быть одной из причин ПМС.

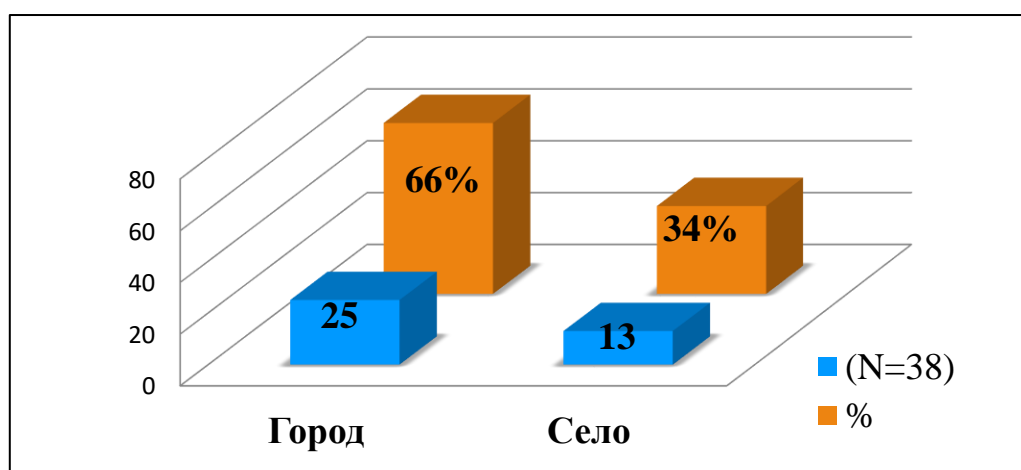


Рис. 1. Место жительства женщин с ПМС

Из данных анкеты известно, что практически все опрошенные (84%) родились в городе (Рис. 2).

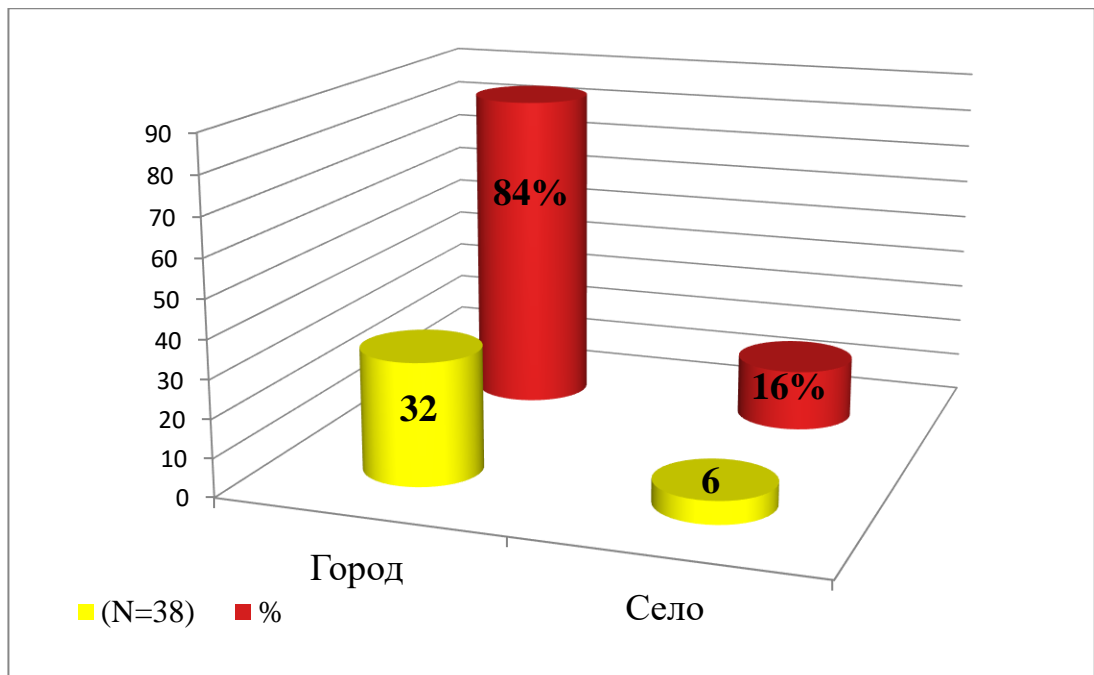


Рис. 2. Место рождения

Также была установлена группа крови опрашиваемых девушек. Среди них – 11 имеет 2-ю группу крови, 7 – 1-ю группу и 5 – 3-ю группу крови (Рис. 3).

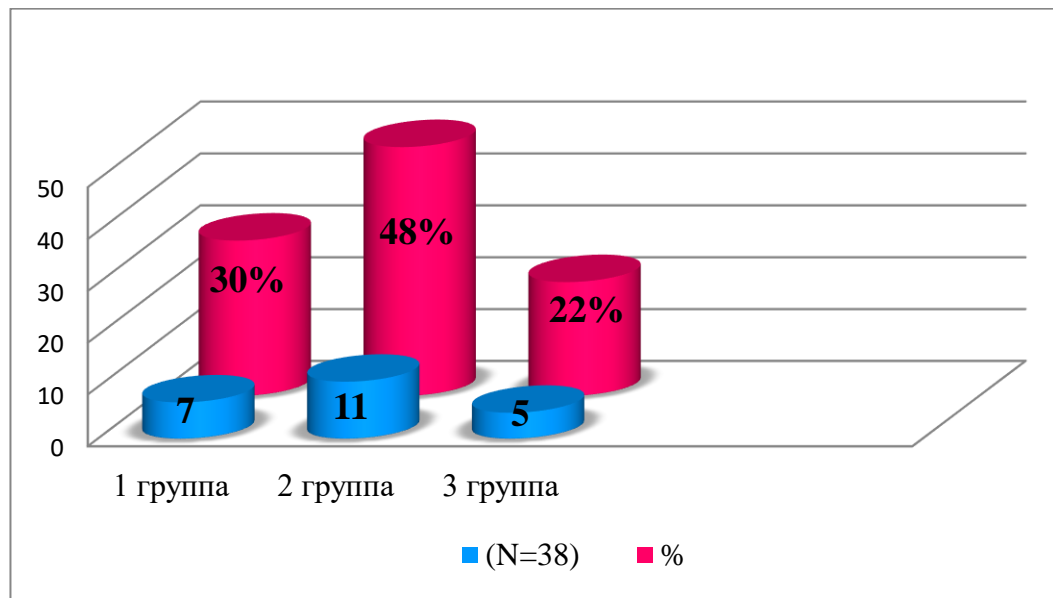


Рис. 3. Группа крови

По результатам опроса резус фактор у 22 женщин является положительным, у 2-х – отрицательным, а 14 опрашиваемых не знают точный резус фактор (Рис. 4).

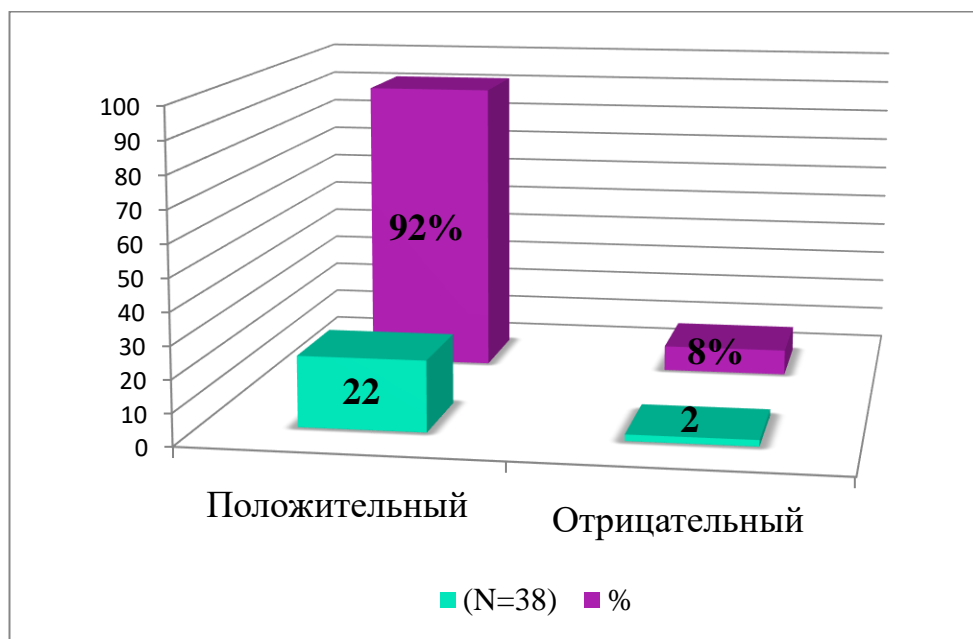


Рис. 4. Резус фактор

Течение родов у 32 женщин проходило в обычных родах, у 3-х – кесарево сечение и ни у одной с помощью акушерского пособия (Рис. 5).

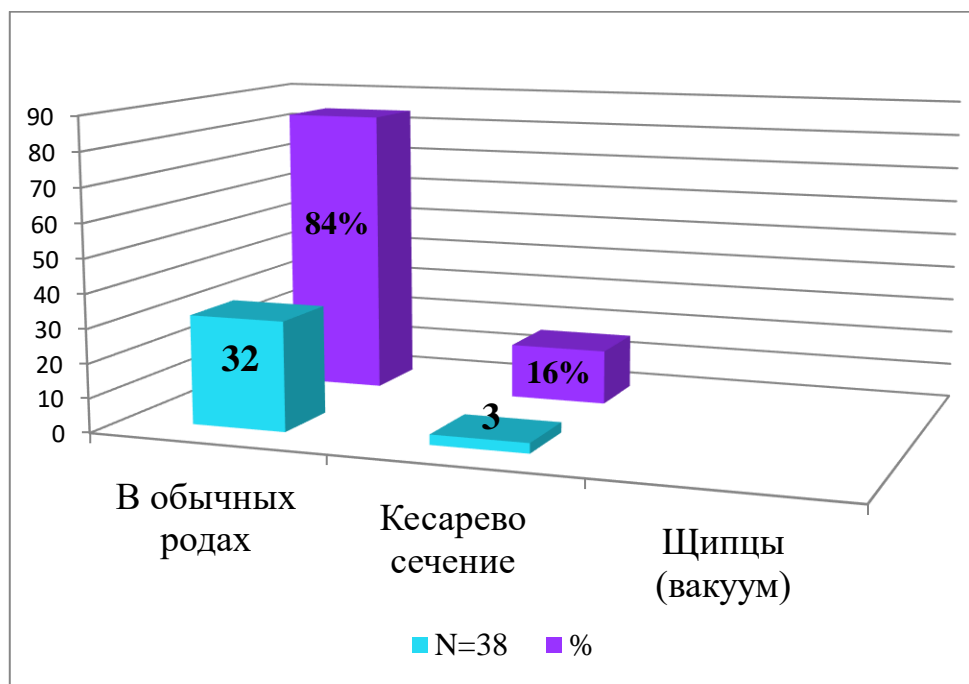


Рис. 5. Как проходили роды

В ходе анкетирования было выяснено, что у 33 рецензентов семья полная, у 5-ти неполная, среди них у 4-х семья представлена матерью и у 1-ой – отцом (Рис. 6).

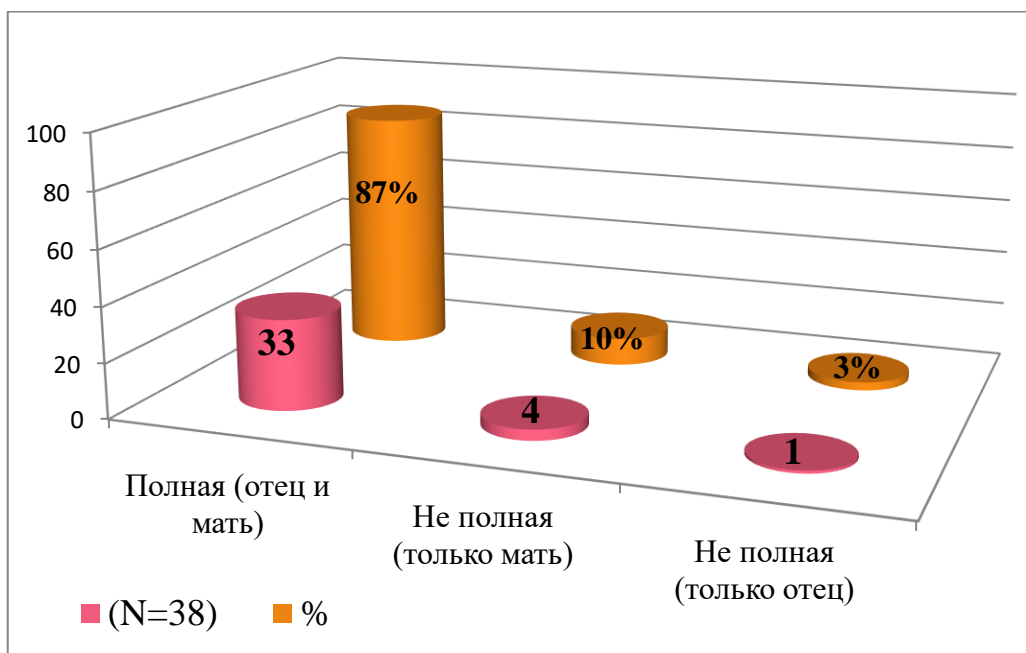


Рис. 6. В какой семье росла

Из данной диаграммы видно, что чрезмерное употребление алкоголя близкими родственниками не наблюдается у 34 опрошенных, только у 4 в семье наблюдалось чрезмерное употребление алкоголя отцом (Рис. 7).

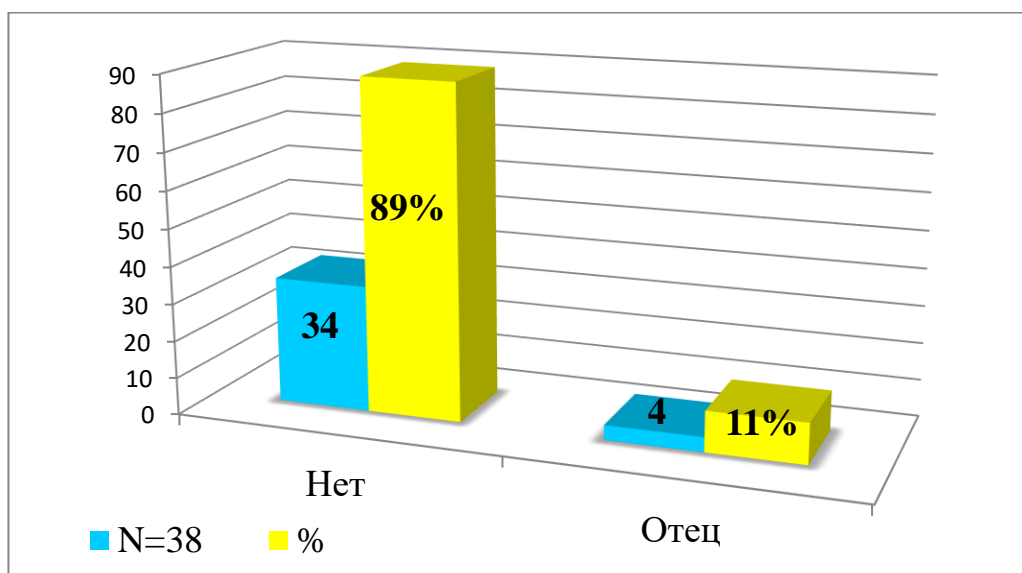


Рис. 7. Чрезмерное употребление алкоголя близкими родственниками

На данной диаграмме представлены взаимоотношения женщин с окружающими. У 35 они ровные, спокойные, у 2-х ровные, холодно-формальные и 1 говорит о конфликтно-эпизодических отношениях (Рис. 8).

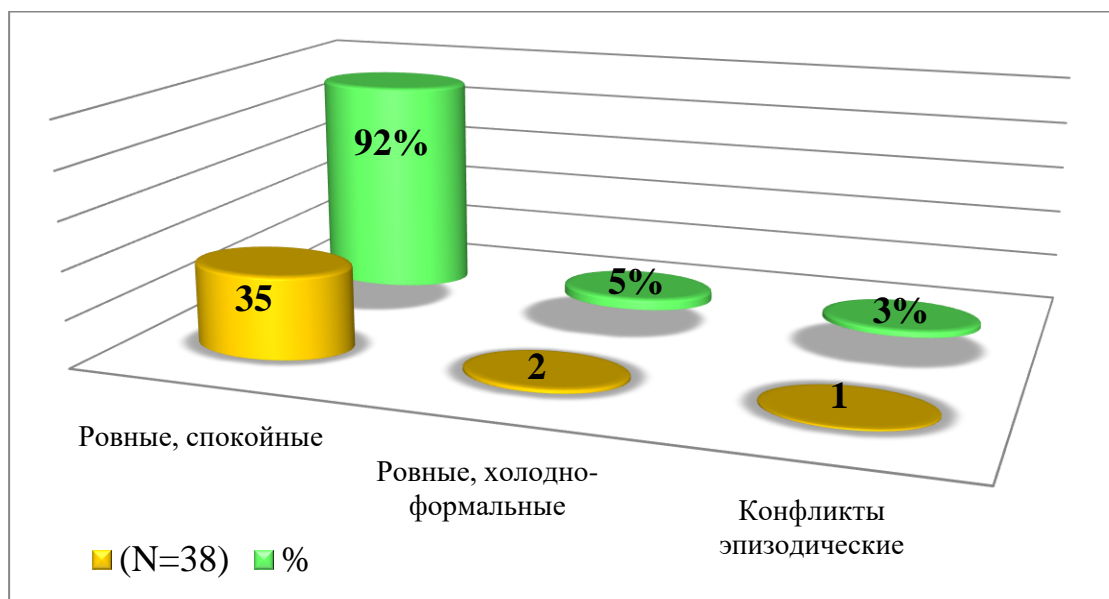


Рис. 8. Отношения с родителями и друзьями

Отношение к учебе у анкетирруемых разное. Из 38 человек 27 учится хорошо, но 15 переживают из-за плохих оценок. Средне учится 11 человек, но 8 из них также переживают за плохие оценки (Рис. 9).

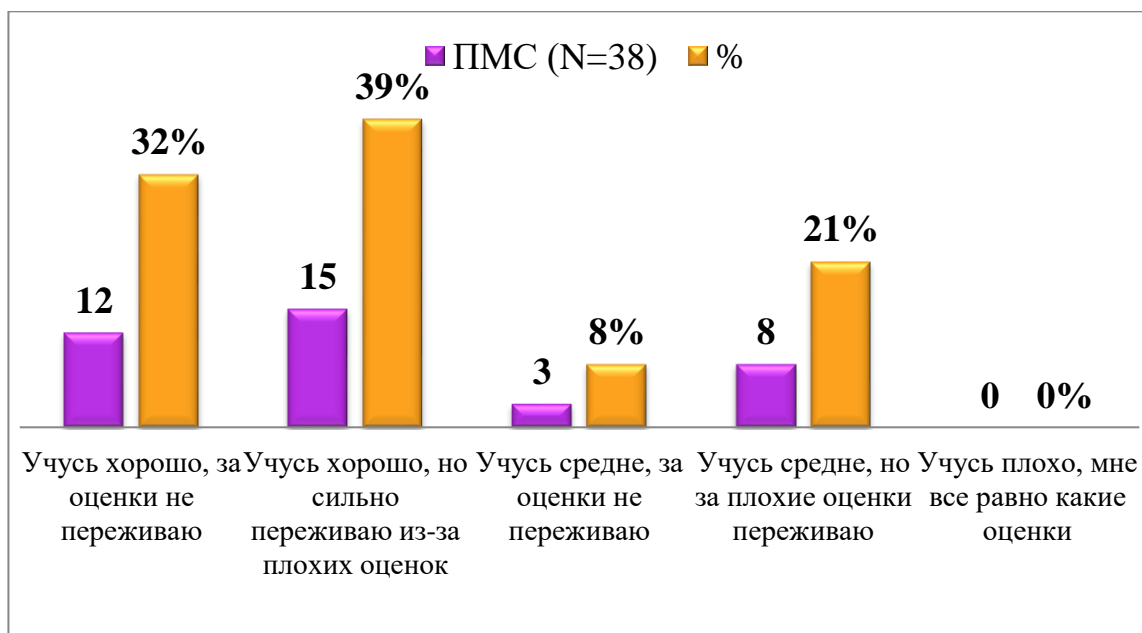


Рис. 9. Отношение к учебе

Анализ употребления табака и алкоголя показал следующее: 31 женщина не имеют такой вредной привычки, как курение, 3 курят изредка, когда выпьют алкоголь и 4 употребляют сигареты в различном количестве (Рис. 10).

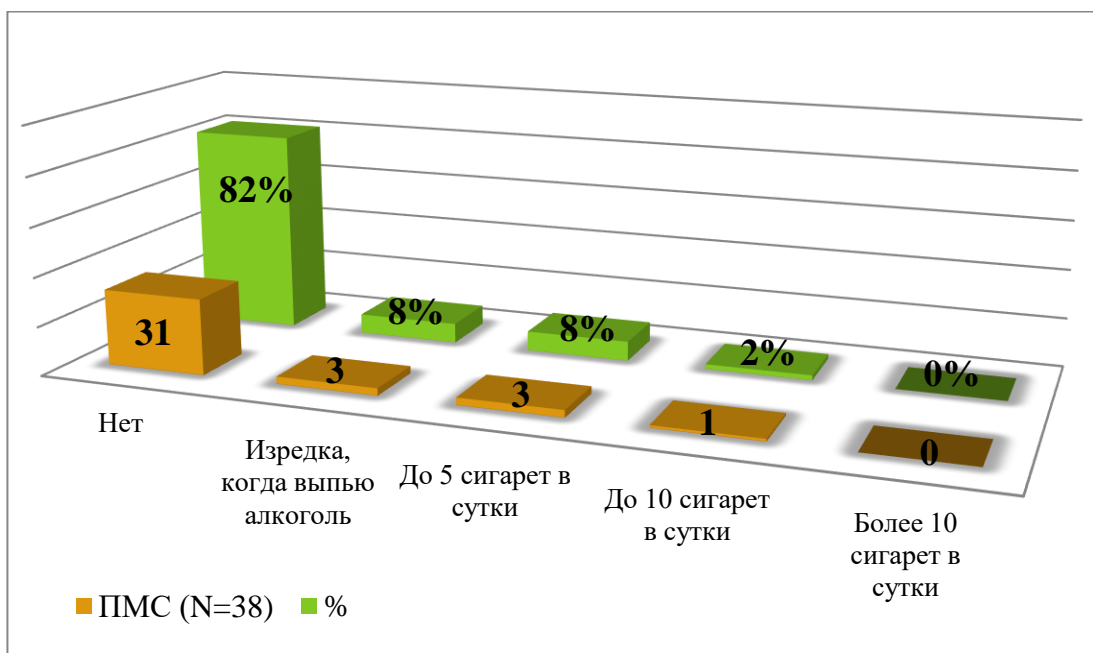


Рис. 10. Курение табака

17 опрошенных не употребляют алкоголь, 6 – изредка пиво и сухие вина, 11 человек до 1 раза в месяц и 4 ответили, что употребляют алкоголь несколько раз в месяц (Рис. 11).

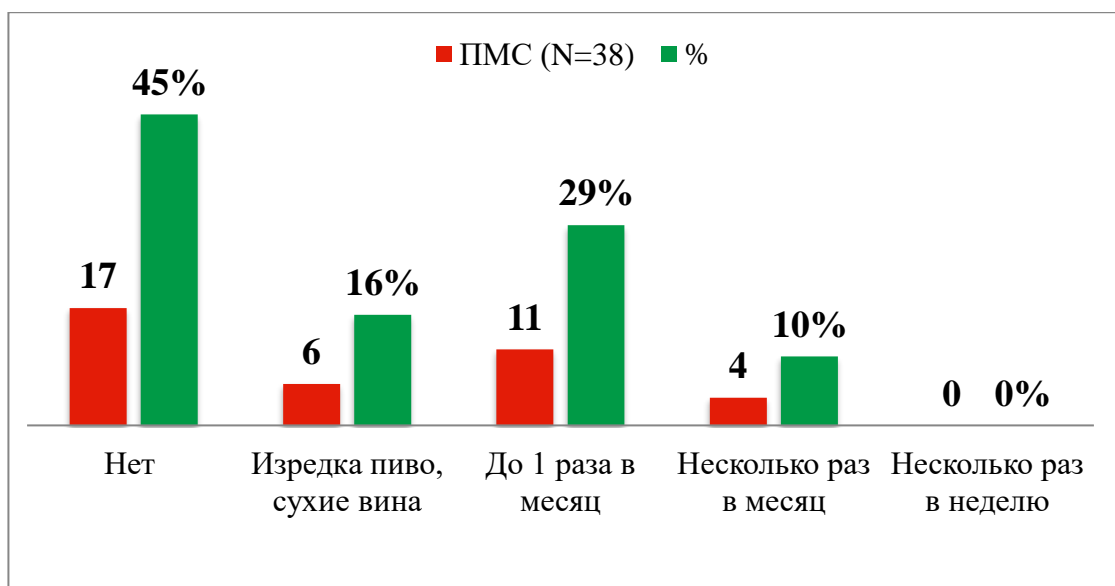


Рис. 11. Употребление алкоголя

На вопрос о занятиях спортом 30 человек ответили о регулярных занятиях, 7 – занимаются иногда и 1 не занимается вообще (Рис. 12).

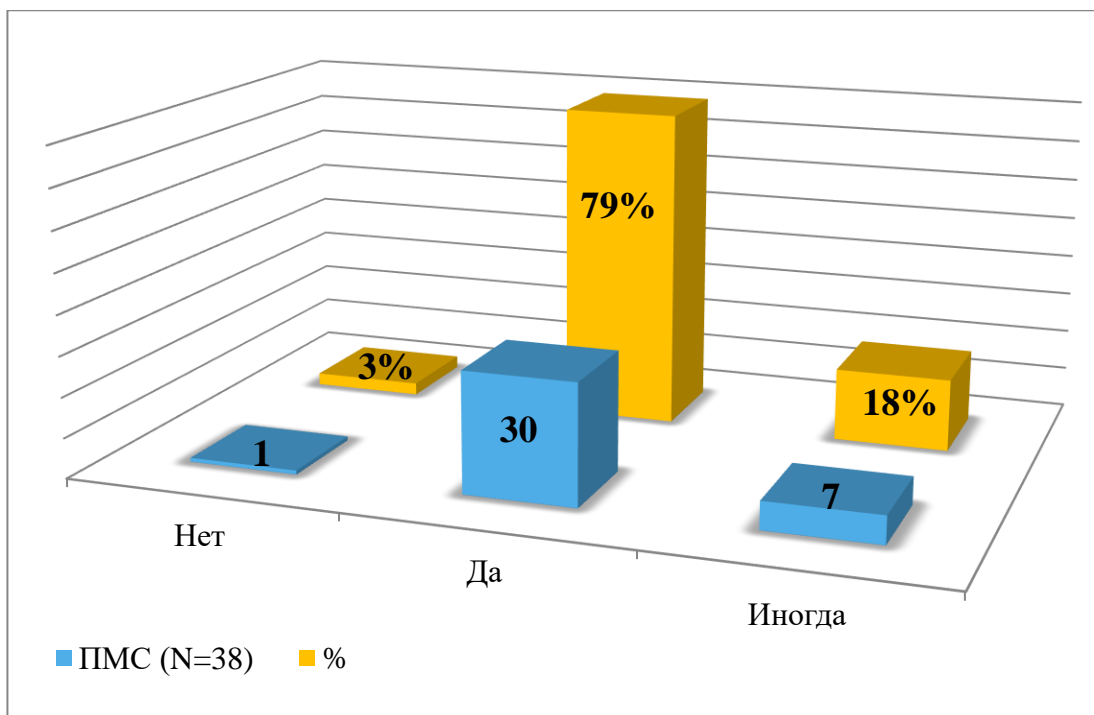


Рис. 12. Занятия спортом

Так как одной из теорий развития ПМС является аллергическая теория, важно было выявить процент женщин с аллергической настроенностью. Больше половины опрошенных (63%) не имеют аллергии (Рис. 13).

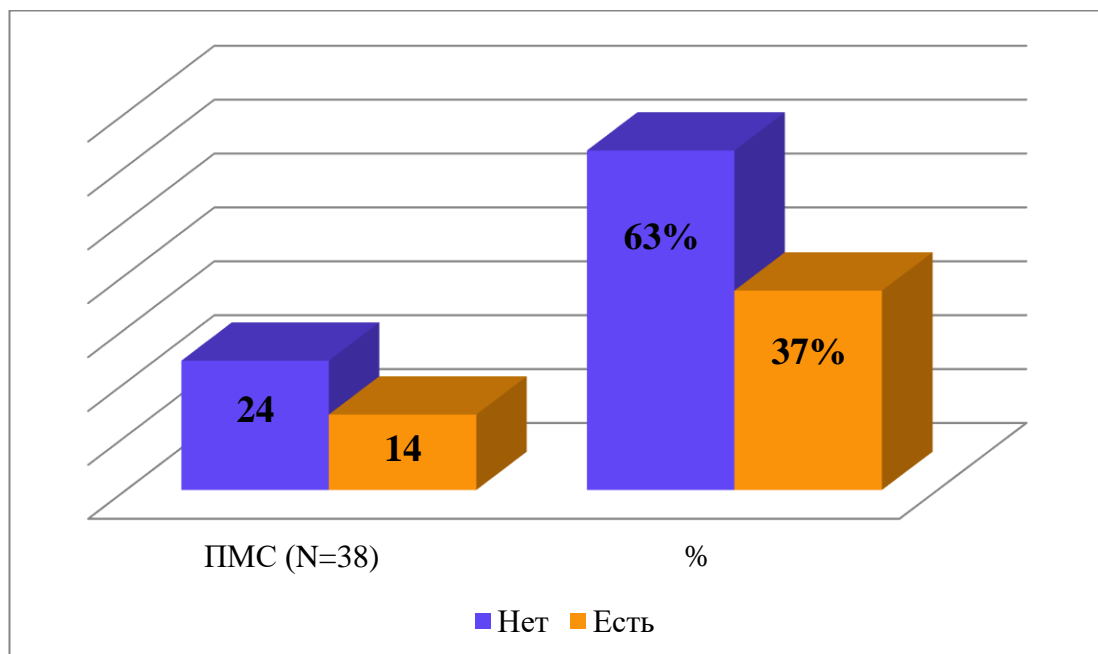


Рис. 13. Наличие аллергии

Оперативные вмешательства имело всего 34% (Рис. 14).

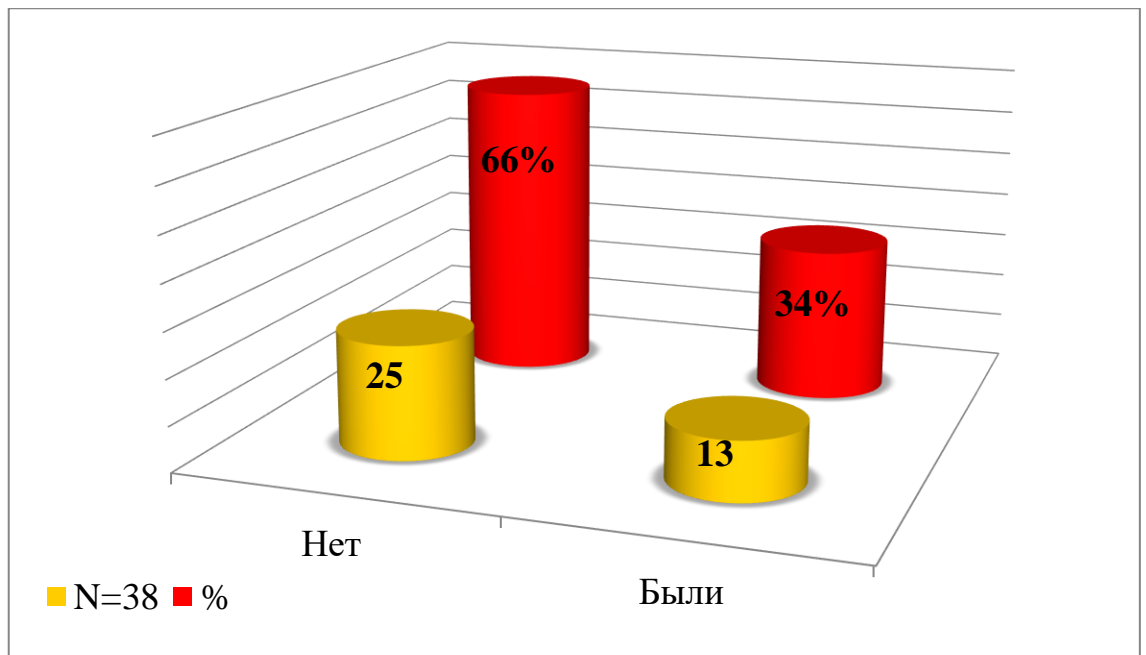


Рис. 14. Наличие операций

По результатам опроса данные о наличии соматических и гинекологических заболеваний совпали. 95% анкетированных ответили отрицательно на данный вопрос. Информацию о наличии заболеваний необходимо знать, потому что одной из теорий развития синдрома является гормональная теория, которую связывают с изменением уровня гормонов и их метаболизма (Рис. 15).

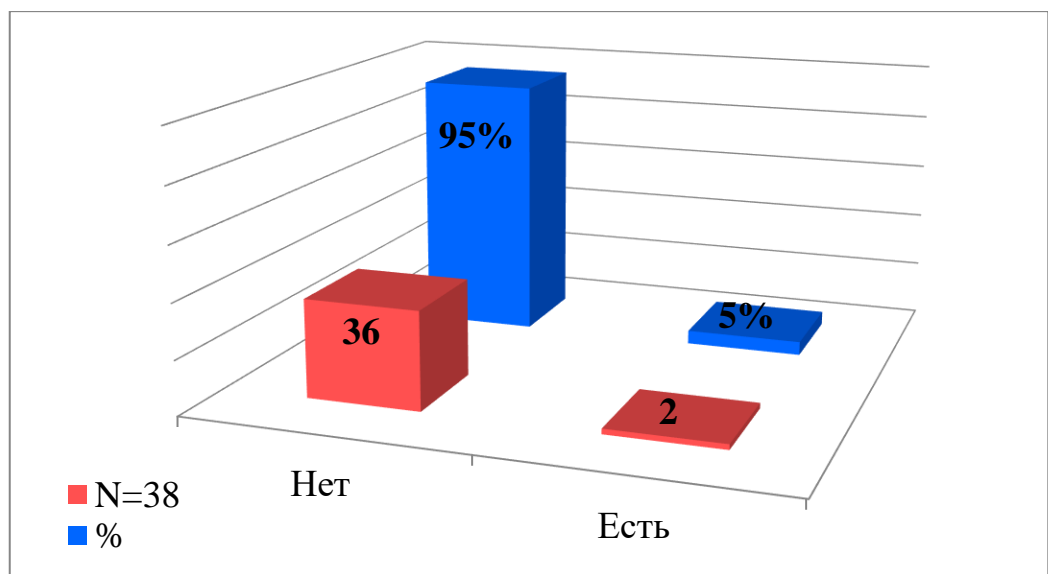


Рис. 15. Наличие соматических и гинекологических заболеваний

На вопрос о наличии венерических заболеваний все опрошенные (38 женщин) отрицают их наличие (Рис. 16).

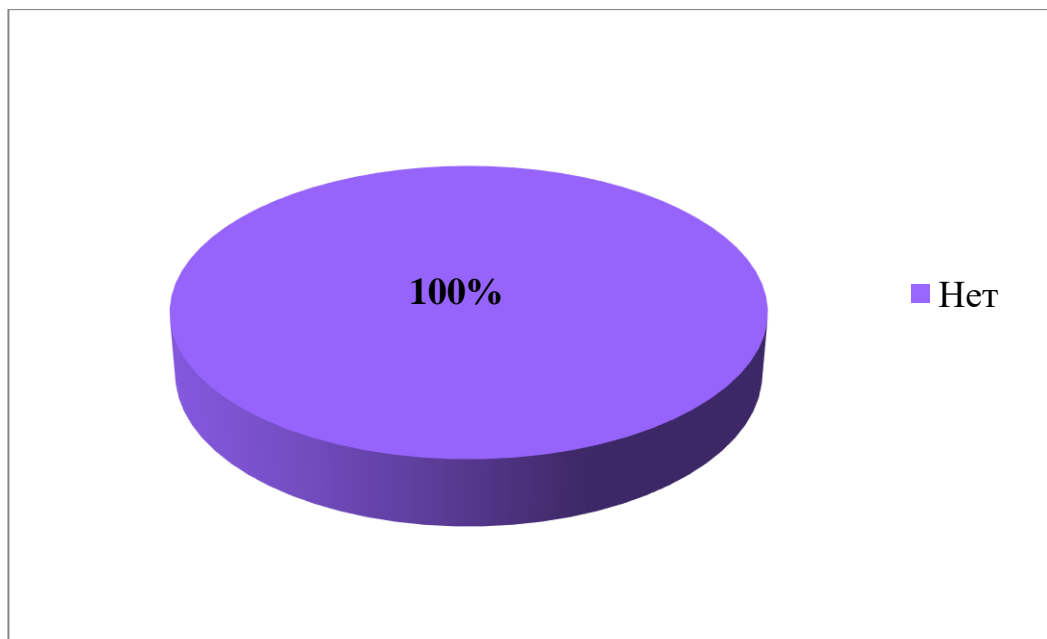


Рис. 16. Наличие венерических заболеваний

По итогам анкетирования средний возраст менархе составил 12-15 лет (Рис. 17).

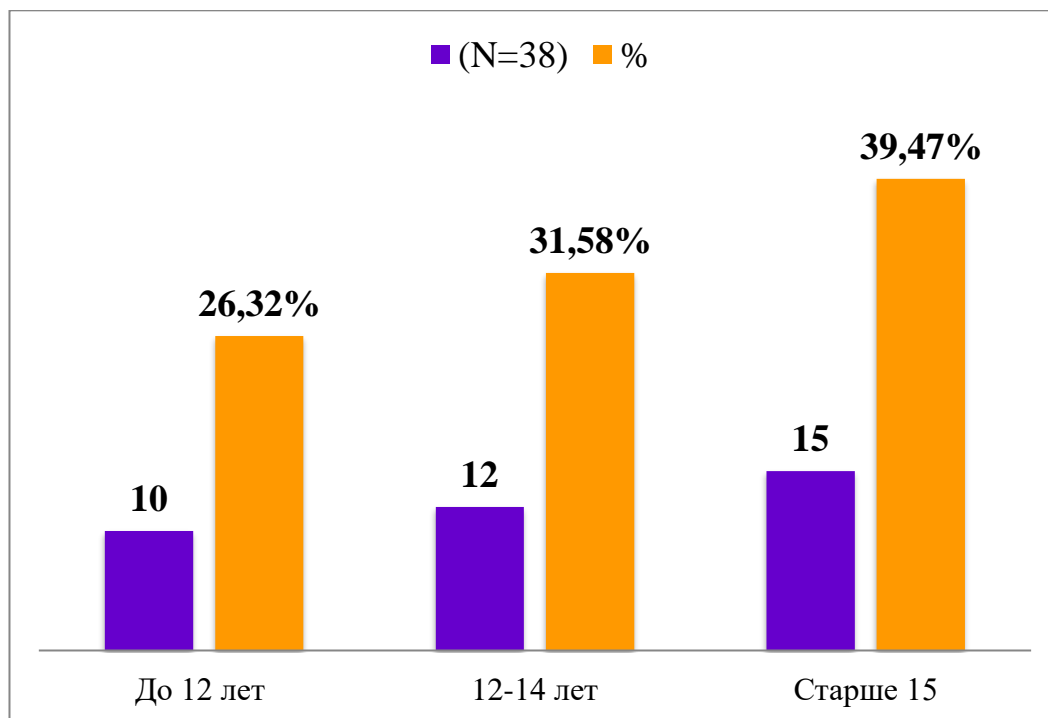


Рис. 17. Менархе (возраст начала менструаций) женщин с ПМС

На диаграмме представлен средний возраст установления регулярного менструального цикла среди опрашиваемых (Рис. 18):

средний возраст установления регулярного менструального цикла составил 14-16 лет и у 14% до сих пор не является регулярным.

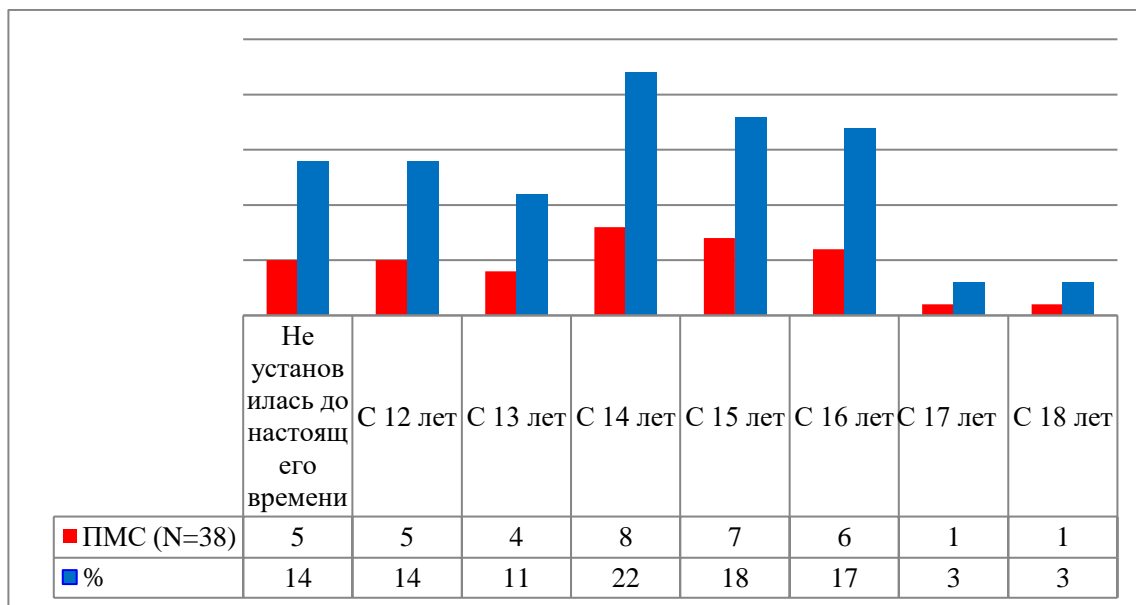


Рис. 18. Возраст установления регулярного менструального цикла

Обильность выделений и наличие сгустков в выделениях во время менструации по данным опроса составила приблизительно равный процент ответов (45% и 50%) (Рис. 19).

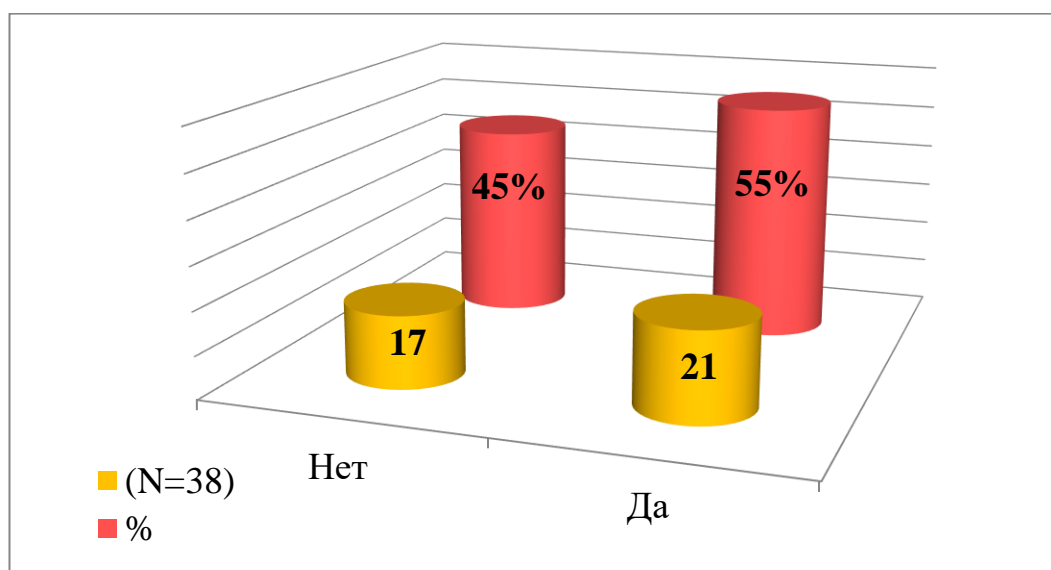


Рис. 19. Обильность выделений у женщин с ПМС и наличие сгустков в выделениях во время менструации

Из 38 опрошенных женщин 68% ответили, что не высыпаются и лишь 32% на заданный вопрос ответили положительно (Рис. 20).

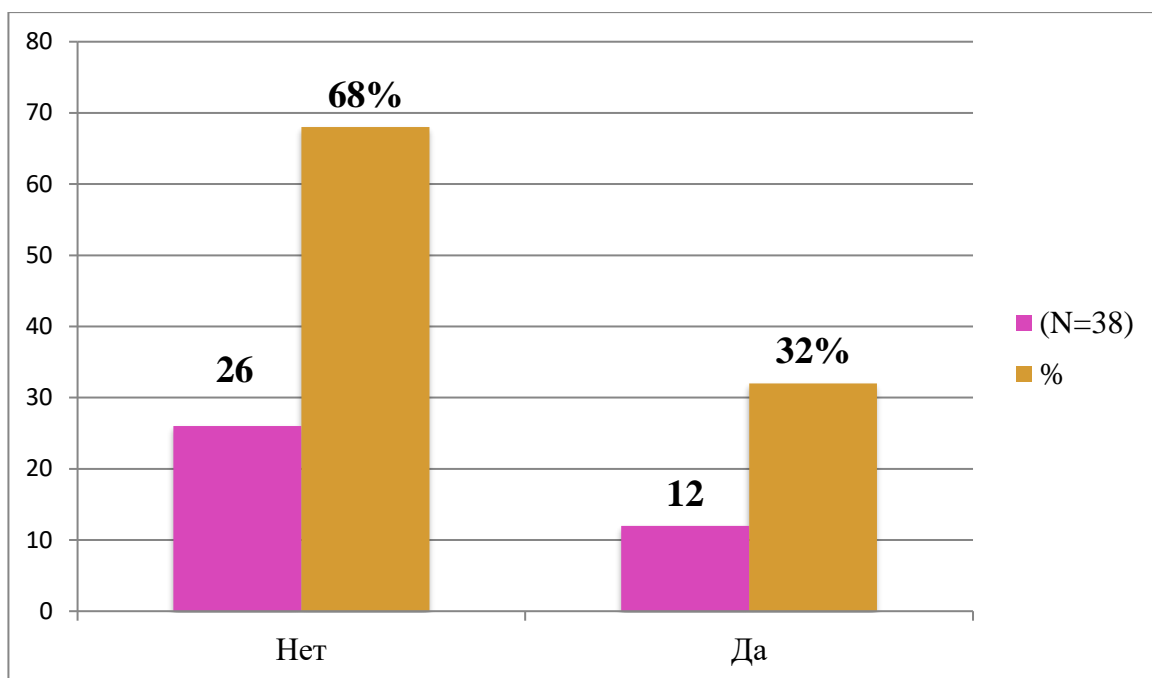


Рис. 20. Высыпаетесь ли Вы?

Из данной диаграммы видно, что причиной недосыпа не являются ночные кошмары, так как только 6 девушкам они являются в ночных сновидениях (Рис. 21).

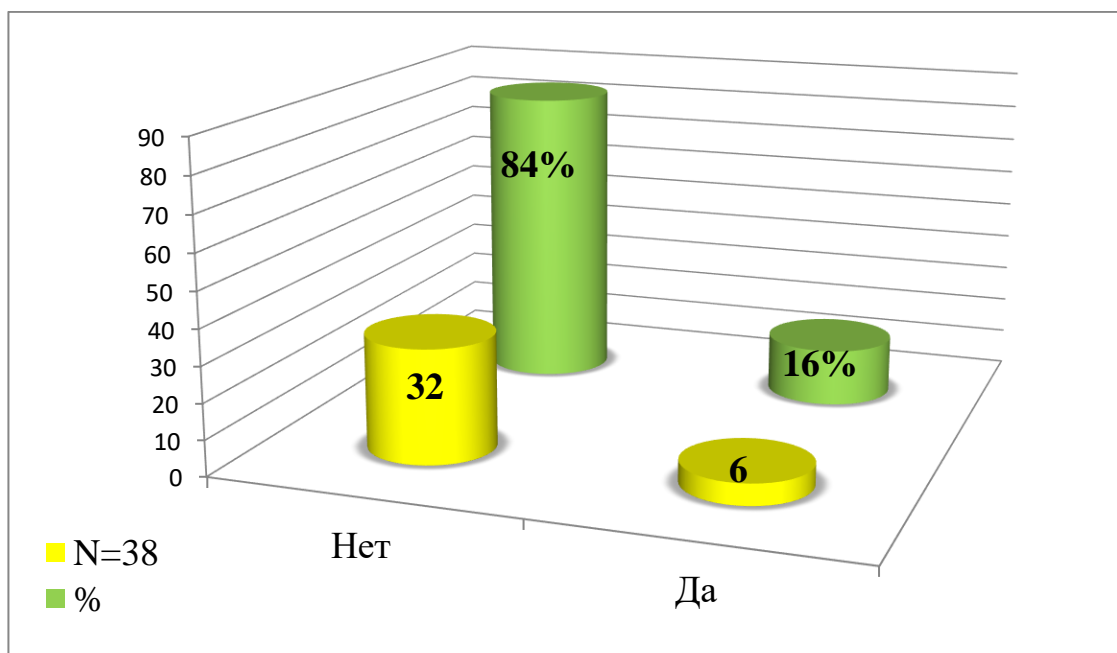


Рис. 21. Мучают ли Вас ночные кошмары?

Из данных, представленных на диаграмме, видно, что практически все женщины, которые не высыпаются (63%), прибегают к дневному сну (Рис. 22).

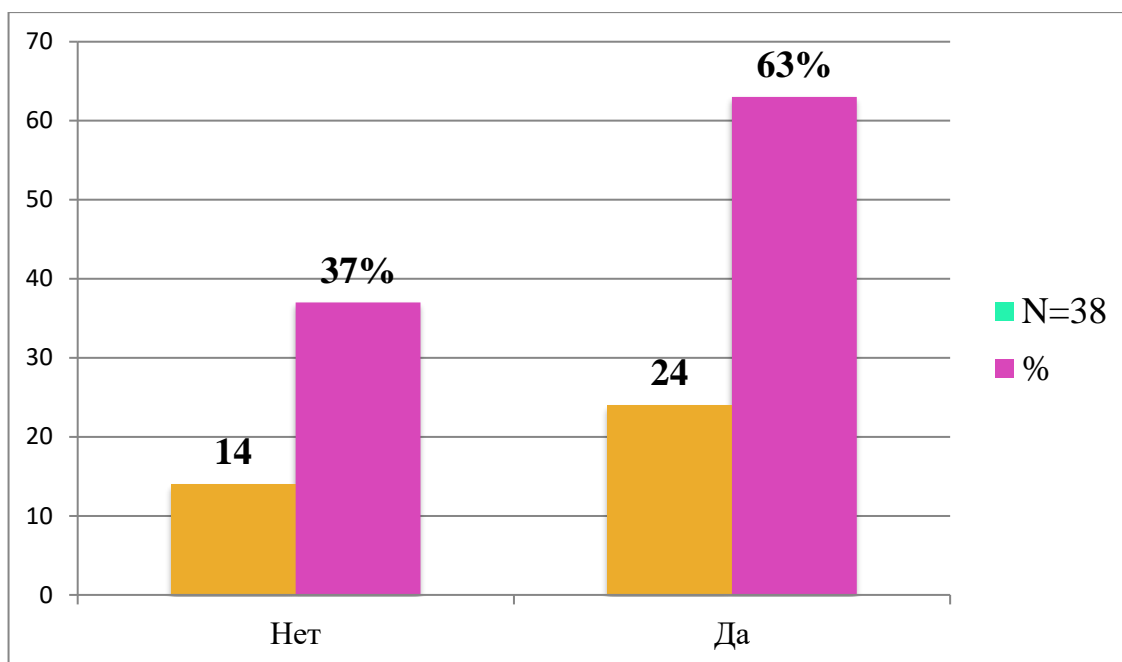


Рис. 22. Спите ли Вы днем?

Практически все опрошенные женщины (92%) отмечают болевые ощущения в период менструации (Рис. 23).

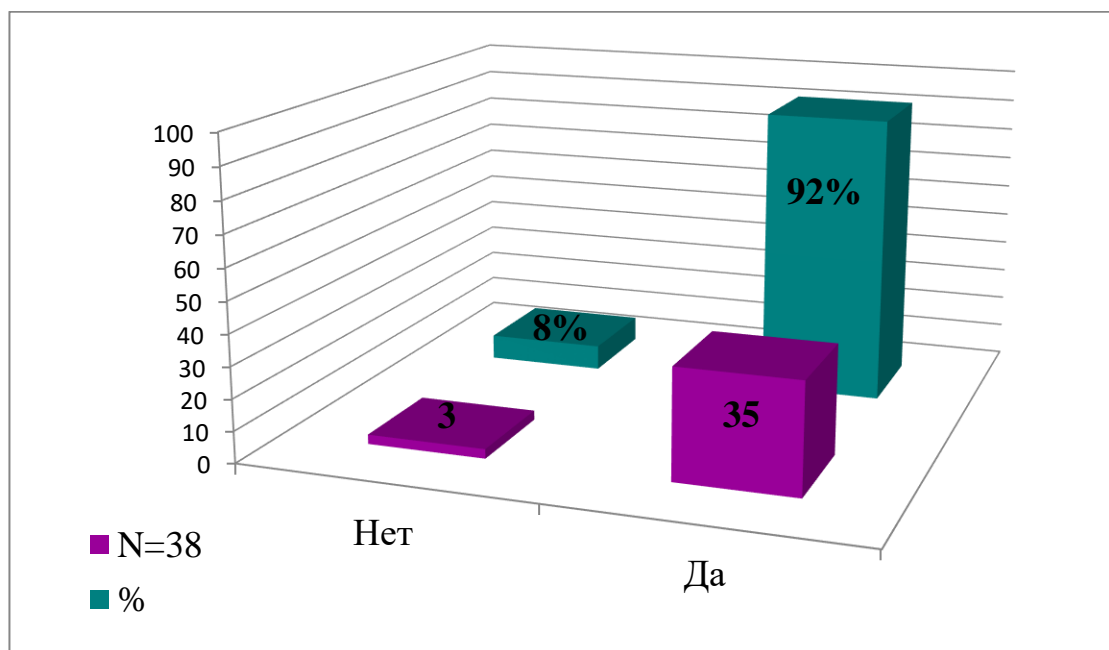


Рис. 23. Болевые ощущения в период менструации

Так же более половины (66%) женщин предъявляют жалобы на боли в спине (Рис. 24).

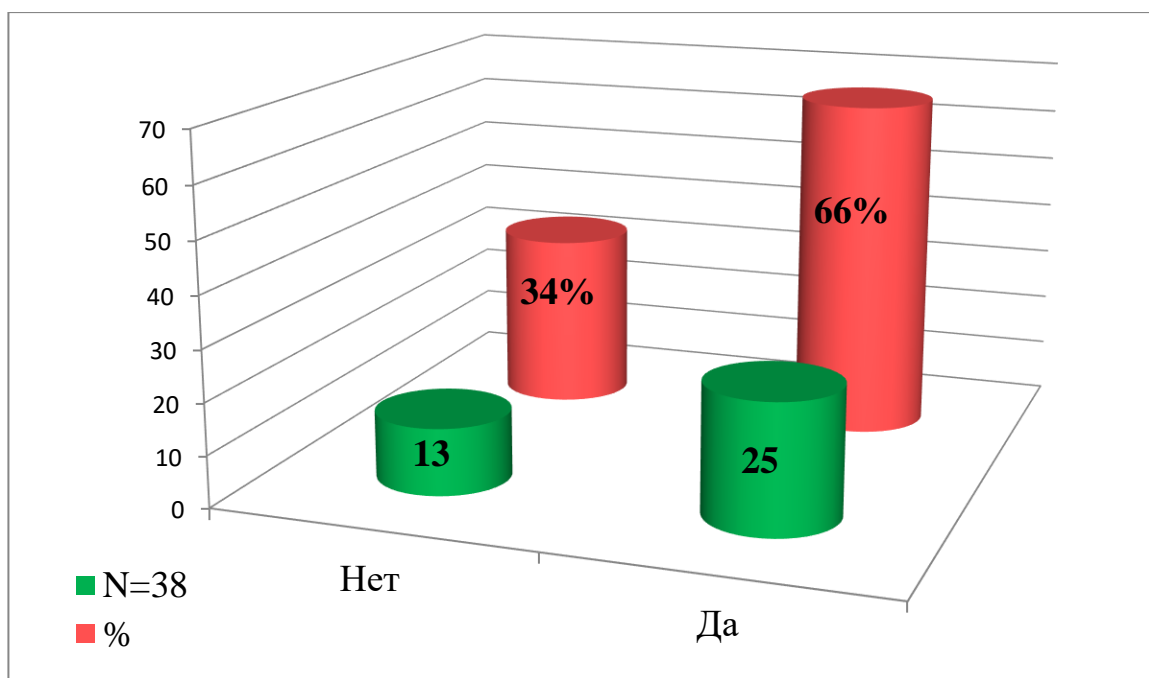


Рис. 24. Боли в спине в период менструации

Боли в суставах в период менструации анкетированных женщин, составляют 13% случаев (Рис. 25).

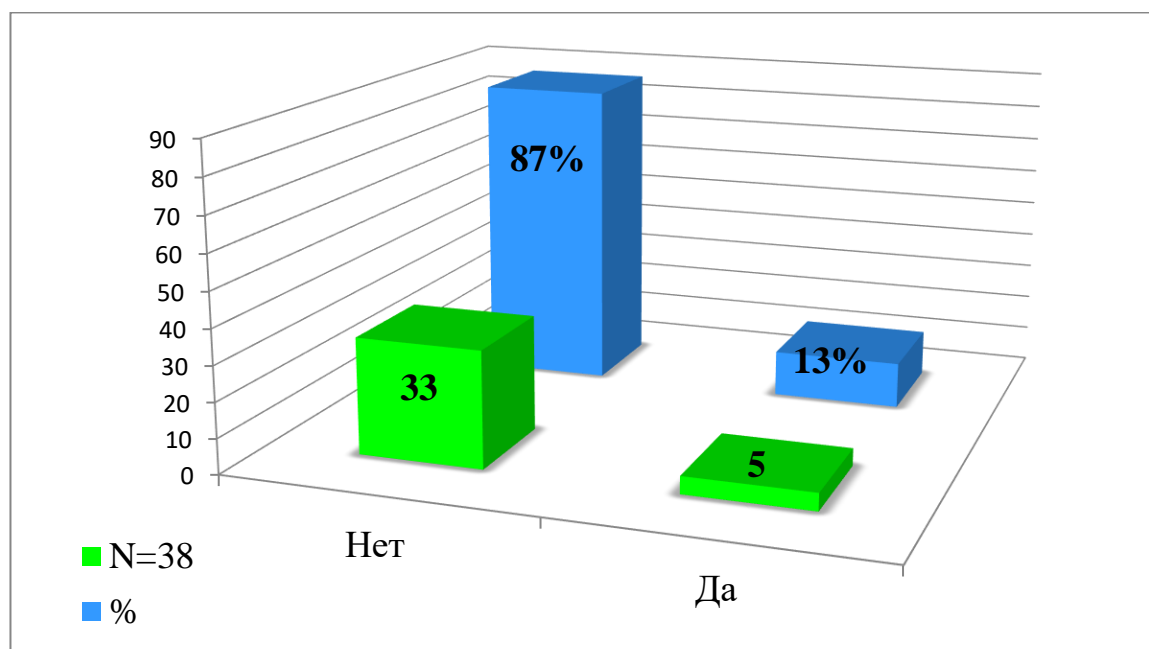


Рис. 25. Боли в суставах у женщин с ПМС

Выраженность симптоматики ПМС становится более проявленными и тяжелыми при продолжительном течении. У большинства опрошенных женщин (35%) длительность течения составляет 3 дня (Рис. 26).

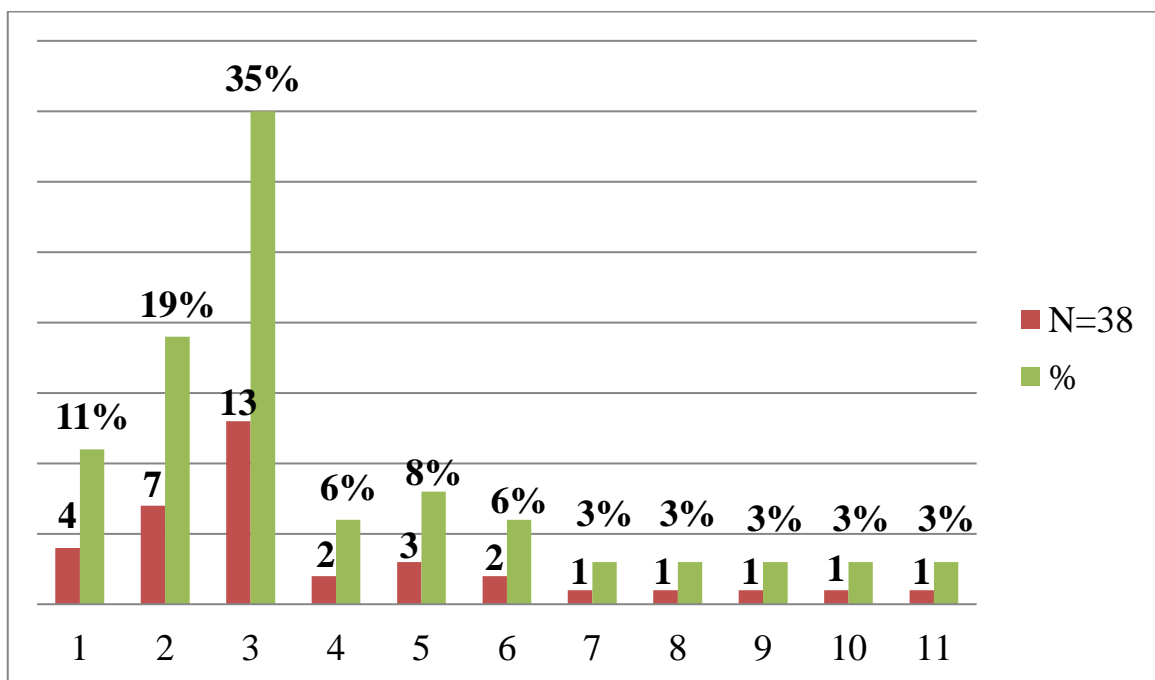


Рис. 26. Длительность ПМС (дней)

На данном графике видно, что встречаемость симптомов ПМС во время менструации среди анкетированных равна (Рис. 27).

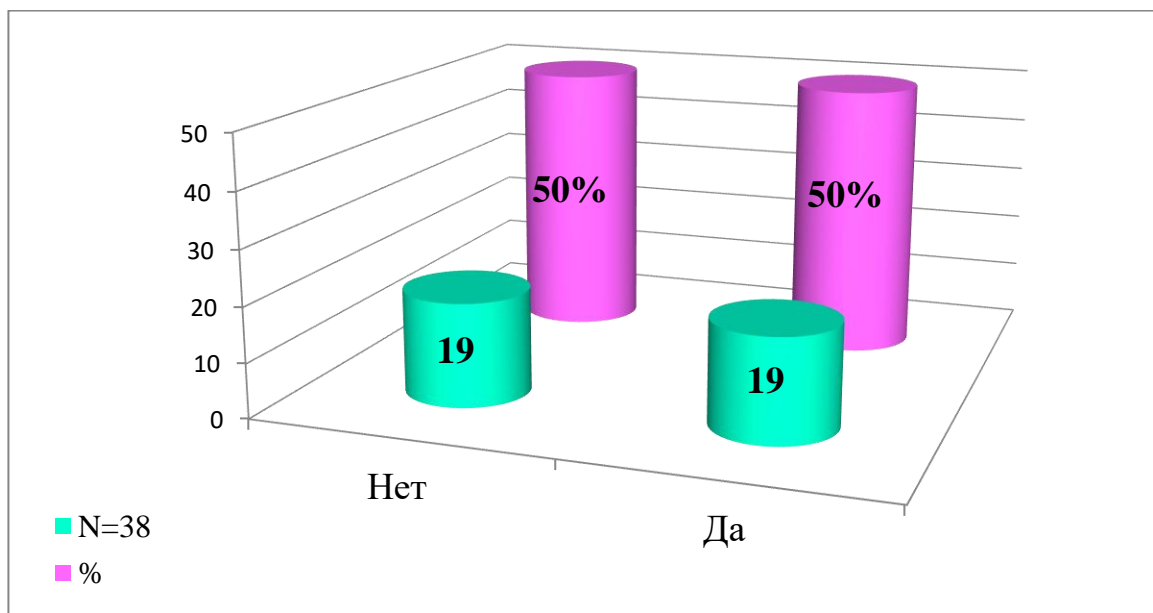


Рис. 27. ПМС во время менструации

Исходя из данных, представленных на графике, можно сказать, что встречаемость ПМС после менструации не увеличивается, что составило 97% (Рис. 28).

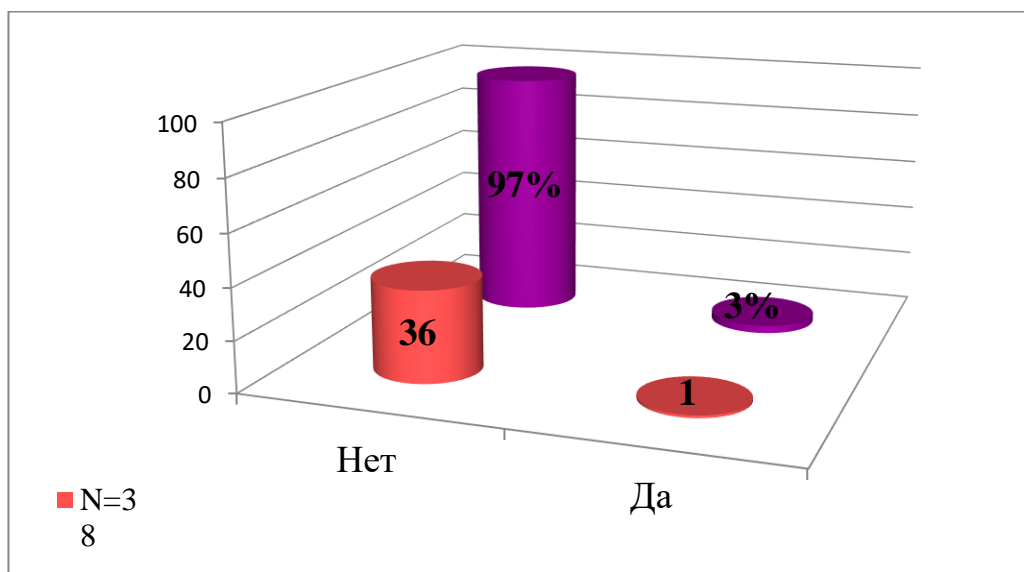


Рис. 28. ПМС после менструации

С течением времени выраженность предменструального синдрома может изменяться, что подтвердили 26% женщин, из которых 21% сказали об усилении выраженности ПМС, а 5% о ее снижении. Но большинство (74%) сказали, что выраженность симптомов не изменилась (Рис. 29).

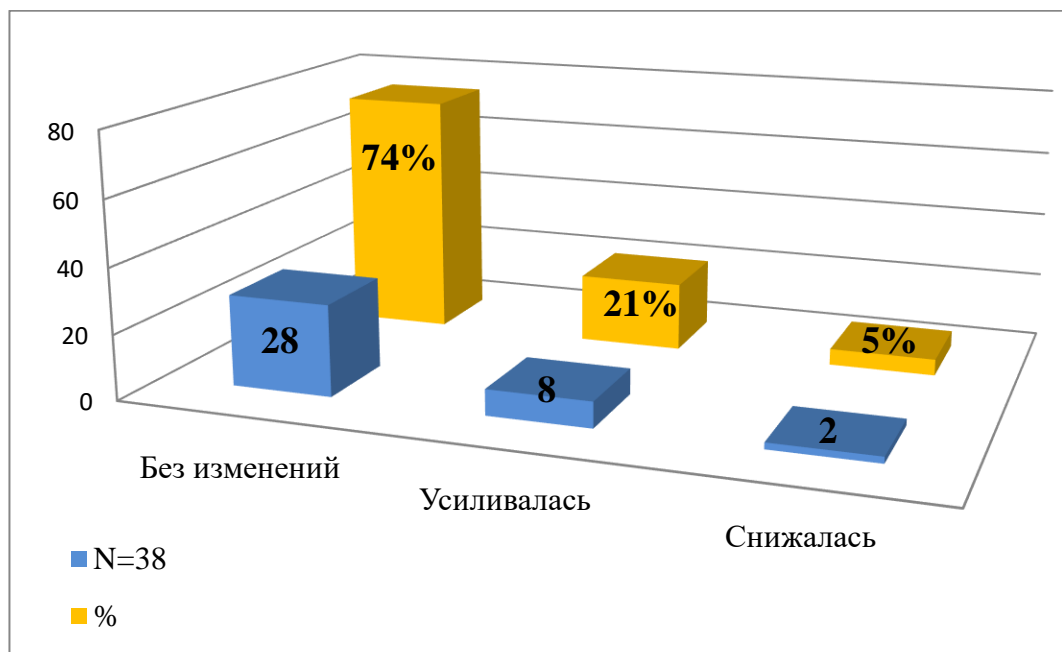


Рис. 29. Выявленность предменструального синдрома (с возраста возникновения и до настоящего времени)

Продолжительность ПМС у многих женщин (84%) от первого появления до сегодняшнего дня остается неизменной. У 16% наблюдаются изменения: 11% говорят об увеличении продолжительности и 5% о ее снижении (Рис. 30).

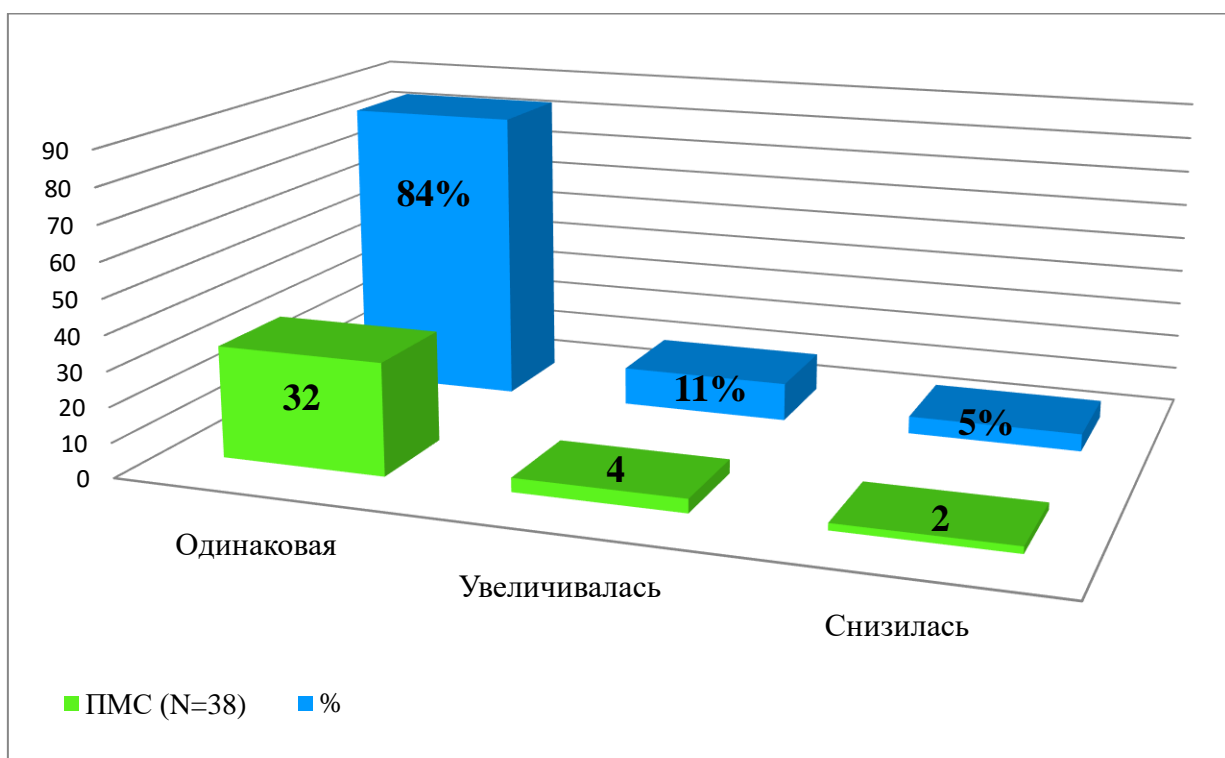


Рис. 30. Продолжительность предменструального синдрома с течением времени (от первого появления до сегодняшнего дня)

Выводы:

- По результатам данного исследования ПМС диагностирован у всех (38) исследуемых женщин.
- Предменструальный синдром в разной степени его проявления встречается у женщин, проживающих как в городе, так и в селе.
- Начало развития ПМС может наблюдаться у девушек с наступлением менархе или в пубертатном возрасте.
- В 50% случаев ПМС встречается до и во время менструации и очень редко (3%) после завершения, что в какой-то степени подтверждает гормональную теорию.
- ПМС встречается в 60% случаев у женщин, болезненно относящихся к успеваемости.

– ПМС встречается вне зависимости от наличия соматических и гинекологических заболеваний.

– Продолжительность и выраженность предменструального синдрома от первого появления до сегодняшнего дня имеет склонность к изменению, но чаще остается неизменной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В научной работе была изучена литература, касающаяся предменструального синдрома. На основании данных источников были определены этиология, патогенез и клинические проявления рассматриваемого синдрома.

2. В ходе работы была проведена оценка социально-биологического и клинического статуса женщин с нарушениями менструального цикла и предменструальным синдромом.

3. Была выявлена зависимость нарушений менструального цикла и предменструального синдрома от вредных привычек у женщин:

– Предменструальный синдром в разной степени его проявления встречается у женщин, проживающих как в городе, так и в селе.

– ПМС встречается в 60% случаев у женщин, болезненно относящихся к успеваемости.

– Употребление алкоголя является фактором, усугубляющим течение синдрома.

– Недостаточное количество сна является фактором риска развития ПМС.

– ПМС встречается вне зависимости от наличия соматических и гинекологических заболеваний.

РЕКОМЕНДАЦИИ

В результате проведенной работы была разработана санитарно-профилактический комплекс мероприятий по снижению риска нарушений менструального цикла и предменструального синдрома (ПРИЛОЖЕНИЕ 2).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гулиева, Л.П. Предменструальный синдром: клиника, диагностика и терапевтические подходы [Электронный ресурс] / Л.П. Гулиева, С.В. Юренева // Медицинский совет – 2017 – № 2 – Режим доступа: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/1732>
2. Ледина, А.В. Предменструальный синдром: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение [Текст]: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук : 14.01.01 / А.В. Ледина. – Москва, 2014 – 345 с.
3. Ледина, А.В. Экстрагенитальная, гинекологическая и инфекционная патология как возможные факторы риска развития предменструального синдрома [Электронный ресурс] / А.В. Ледина, В.Г. Акимкин, В.Н. Прилепская // Эпидемиология и вакцинопрофилактика – 2014. – №1 (74). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekstragenitalnaya-g>.
4. Лисицына, О.И. Предменструальный синдром. Новые возможности терапии [Текст] / О.И. Лисицына, Е.Г. Хилькевич // Медицинский совет – 2017 – № 13. – С. 50-53.
5. Прилепская, В.Н. Предменструальный синдром и качество жизни женщины. Эффективность фитопрепаратов. В помощь практическому врачу [Текст] / В.Н. Прилепская, Э.Р. Довлетханова // Медицинский совет. – 2017 – № 13. – С. 15-19.
6. Яковлева, Э.Б. В помощь практикующему врачу. Предменструальный синдром [Текст] / Э.Б. Яковлева // Научно-практический журнал «Медицина неотложных состояний» – 2014. – № 3. – С. 159-162.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Добрый день!

Мы проводим опрос, на основе которого будет выполнена выпускная квалификационная работа.

Вы были отобраны для участия в опросе по специальной статистической процедуре, поэтому важно, чтобы именно Вы, а не кто-то другой ответил на наши вопросы. Ваши ответы, вместе с ответами многих других людей, будут использованы лишь в обобщенном виде после обработки на компьютере. Анкета полностью анонимная – свою фамилию указывать не надо.

Заранее благодарим Вас за уделенное нам время и за ответы на интересующие нас вопросы!

Анкета № _____ Дата: _____

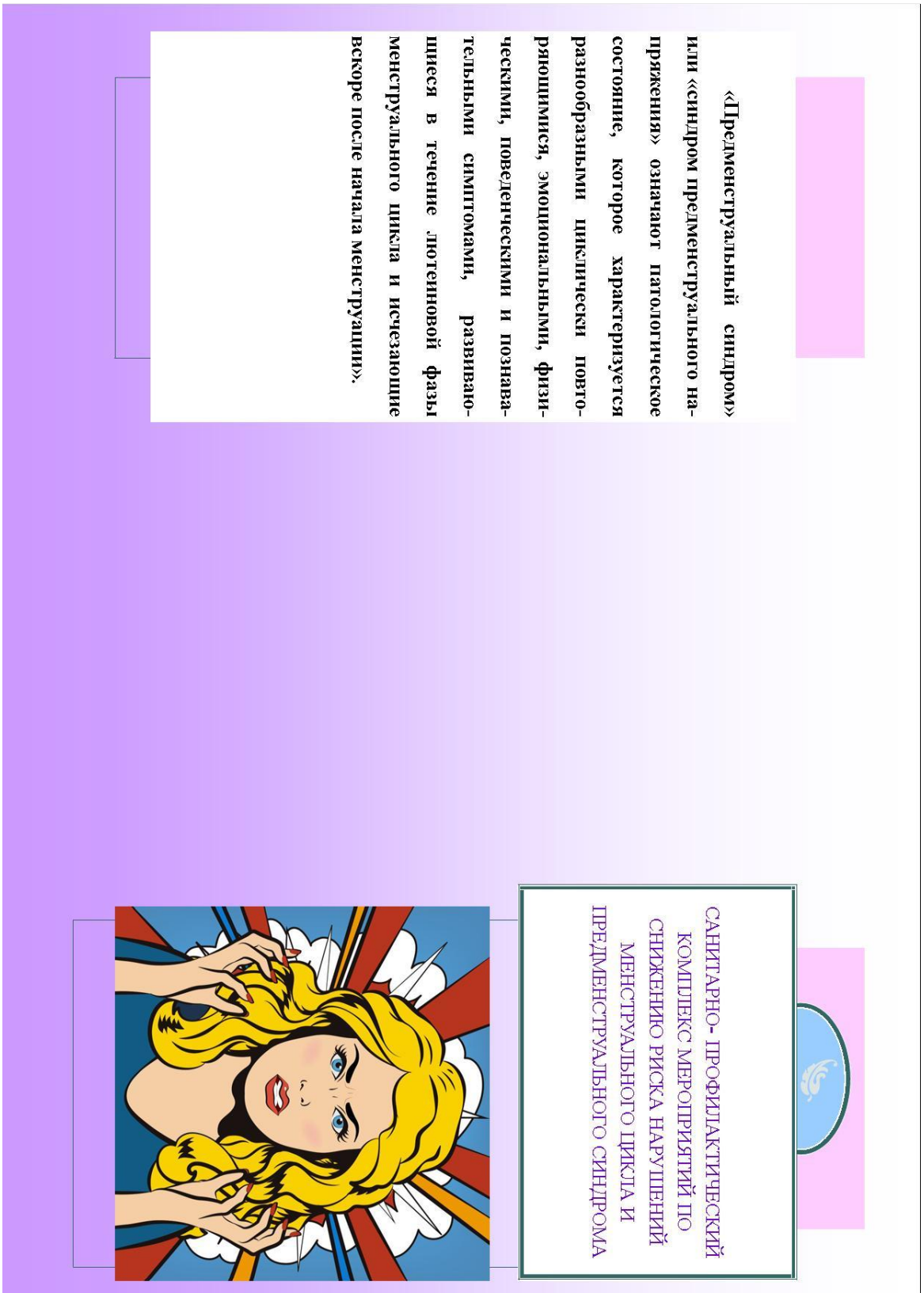
Где проживаете _____ (просто укажите город, или село и в каком районе)

Вес _____ Рост _____ Группа крови _____ Резус Фактор _____

1.	Ваш возраст		Укажите	_____ лет
2.	Вы родились		В городе	01
			В селе	02
3.	Вы родились		В обычных родах	01
			Кесарево сечение	02
			Щипцы (вакуум)	03
4.	Вес при рождении		Укажите	_____ г.
5.	Ваша семья	Полная (отец и мать)		01
		Не полная (только мать)		02
		Не полная (только отец)		03
		Не полная (воспитывалась бабушкой, родственниками)		04
		Другое:		05
6.	Кто либо из Ваших родных употреблял излишне алкоголь?		Нет	00
			Отец	01
			Мать	02
7.	Ваши отношения с родителями		Ровные спокойные	01
			Ровные, холодно-формальные	02
			Конфликты эпизодические	03
			Конфликты систематические	04
8.	Ваши отношения с друзьями		Ровные спокойные	01
			Ровные, холодно-формальные	02
			Конфликты эпизодические	03
			Конфликты систематические	04
9.	Ваше отношение к учебе	учусь хорошо, за оценки не переживаю		01
		учусь хорошо, но сильно переживаю из-за плохих оценок		02
		учусь средне, за оценки не переживаю		03
		учусь средне, но за плохие оценки переживаю		04
		учусь плохо, мне все равно какие оценки		05
10.	Курите ли Вы табак?		Нет	00
			Изредка, когда выпью алкоголь	01
			До 5 сигарет в сутки	02
			До 10 сигарет в сутки	03
			Более 10 сигарет в сутки	04
11.	Употребляете ли Вы алкоголь?		Нет	00
			Изредка пиво, сухие вина	01
			До 1 раза в месяц	02
			Несколько раз в месяц	03
			Несколько раз в неделю	04


12.	Занимаетесь ли Вы каким-либо спортом?	Нет	01
		Да	02
13.	С какого возраста Вы занимаетесь спортом?	_____ лет	
14.	Есть ли у Вас какие-либо аллергии?	Нет	01
		Есть	02
15.	Были ли у Вас какие-либо операции?	Нет	01
		Были	02
16.	Есть ли у Вас какое-либо соматическое заболевание?	Нет	01
		Есть	02
17.	Есть ли у Вас гинекологическое заболевание?	Нет	01
		Есть	02
18.	Были ли у Вас венерические заболевания?	Нет	01
		Были	02
19.	С какого возраста у Вас начались менструации?	С _____ лет	
20.	С какого возраста установилась регулярность менструального цикла? Если регулярность цикла не установилась до настоящего времени, обведите кружочком цифру «0»	С _____ лет «0»	
21.	Менструации у Вас обильные	Нет	01
		Да	02
22.	Имеются ли у Вас сгустки в выделениях во время менструации	Нет	01
		Да	02
23.	Длительность менструального цикла (от начала до начала)	_____ дней	
24.	Длительность менструации (от начала до конца выделений)	_____ дней	
25.	Сколько часов спите ночью	_____ часов	
26.	Высыпаетесь ли Вы? (чувствуете себя отдохнувшей?)	Нет	01
		Да	02
27.	Мучаю ли Вас ночные кошмары?	Нет	01
		Да	02
28.	Спите ли Вы днем?	Нет	01
		Да	02
29.	Имеются ли болевые ощущения в период менструации?	Нет	01
		Да	02
30.	Бывают ли у Вас боли в спине? Если да, то в каком отделе (шея, спина, поясница) – укажите _____	Нет	01
		Да	02
31.	Бывают ли у Вас боли в суставах? Если да, то в каких – укажите _____	Нет	01
		Да	02
32.	С какого возраста у Вас возник предменструальный синдром ?	С _____ лет	
33.	За сколько дней до начала менструации возникает предменструальный синдром?	За _____ дней	
34.	Сколько дней продолжается предменструальный синдром?	_____ дней	
35.	Сохраняются ли симптомы предменструального синдрома в период менструации?	Да	Нет
36.	Сохраняются ли симптомы предменструального синдрома после окончания менструации?	Да	Нет
37.	С возраста возникновения и до настоящего времени, выраженность предменструального синдрома:	Без изменений	01
		Усиливалась	02
		Снижалась	03
38.	Продолжительность предменструального синдрома с течением времени (от первого появления до сегодняшнего дня):	Одинаковая (_____ дней)	01
		Увеличивалась (с _____ до _____ дней)	02
		Снизилась (с _____ до _____ дней)	03

Санитарно-профилактический комплекс мероприятий по снижению риска нарушений менструального цикла и предменструального синдрома



«Предменструальный синдром» или «синдром предменструального напряжения» означают патологическое состояние, которое характеризуется разнообразными циклически повторяющимися, эмоциональными, физическими, поведенческими и познавательными симптомами, развивающимися в течение лютеиновой фазы менструального цикла и исчезающие вскоре после начала менструации».

САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА



РЕКОМЕНДАЦИИ

- **Правильное сбалансированное питание**

В ежедневное меню рекомендуется употреблять больше кислородолюбивых продуктов, шпинат, брокколи, капусту, спаржу, ячмень желтки, бобы, орехи, пекань, оливки, петрушку, гречку. И даже горький шоколад, благодаря содержанию магния и жирных кислот омега-3 и омега-6, является отличным средством от стрессов.

- **Умеренные физические нагрузки**

Подтятая физической активности ежедневно способствует выработке эндорфина, который противостоит кратковременной депрессии, сопровождающейся ПМС. Рекомендуют такие занятия, как пилатес, йога, тонизирующий массаж, танцы, ходьба.

- **Регулярные медицинские обследования**

Посещение гинеколога раз в полгода, анализы на гормоны.

- **Рациональный режим дня**

Спите по 8-9 часов в день. Отсутствие сна усугубляет тревожное состояние и другие отрицательные эмоции, повышает раздражительность.

- **Постараться исключить стрессовые ситуации**

- **Отказ от вредных привычек**

Нужно исключить употребление спиртного, табака и кофеина – они усиливают напряжение, агрессивность, депрессию.

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

