

11. Горин В.С., и др. Принципы диагностики и терапии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. // Рос. вестн. акушера-гинеколога- 2008. - № 5. – С. 30-38.
12. Коротких И.Н., Савельева Н.В., Шемаринов Г.А., Попова Е.И. Лапароскопия как один из современных методов лечения гнойных tuboовариальных образований придатков матки. //Эндоскопическая хирургия . – 2005 - №1. – С 64..
13. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕДпресс, 2006. – 304 с.
14. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996. – 255 с.

PROFILUL HORMONAL LA PACIENTE CU SINDROM PREMENSTRUAL

Ina Mazur

Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”

Summary

Hormonal profile in patients with premenstrual syndrome

Premenstrual syndrome is a variety of somatic and/or psychological cyclic symptoms characteristic for women of fertile age, which have negative effect for women's wellbeing. It is known that fluctuations of reproductive hormones are involved in the mechanism of occurrence of premenstrual symptoms. The aim of the present study was to evaluate plasma concentrations of reproductive hormones in patients with PMS. Study results showed that the concentration of reproductive hormones corresponds to ovulatory menstrual cycle, associated with relative estrogen excess in luteal phase.

Rezumat

Sindromul premenstrual prezintă o varietate de simptome somatice și/sau psihologice repetate ciclic întâlnite la femei de vârstă reproductivă, care sunt atât de pronunțate, încât afectează bunăstarea femeii. Este cunoscut, că în mecanismul de apariție a simptomelor premenstruale sunt implicate fluctuațiile ciclice a hormonilor sexuali. Scopul studiului prezent a fost de a evalua particularitățile statutului hormonal la paciente cu SPM. Rezultatele studiului au demonstrat că nivelul hormonilor sexuali la paciente cu SPM corespunde indicatorilor hormonalilor pentru ciclul menstrual ovulator, însă, asociat cu hiperestrogenie relativă în faza luteală.

Actualitatea temei

Sindromul premenstrual (SPM) prezintă o varietate de simptome somatice și/sau psihologice care se manifestă în faza luteală a ciclului menstrual și dispar odată cu începutul menstruației. Frecvența SPM este 24-35%, conform datelor autorilor diferiți. Pentru prima dată SPM a fost descris de către R.T.Frank, 1931, care a presupus cauza hormonală în dezvoltarea simptomelor ciclice legate de menstruație [1,2,4]. Cu toate că s-au efectuat studii numeroase, etiopatogenia SPM nu este studiată definitiv. Au fost propuse teorii etiopatogenice numeroase, care explică anumite mecanisme patogenice al SPM. Teoria hormonală, propusă inițial de către R.T.Frank mai târziu a fost susținută de către alți cercetători. Această teorie este întemeiată pe particularitățile specifice ale SPM: simptomele premenstruale lipsesc înainte de menarhă, sunt în strictă legătură cu ciclicitatea menstruală, simptomele ciclice lipsesc atunci, când nivelul hormonilor ovarieni se menține la un nivel constant (anovulație, ovariectomie, menopauză), simptomele ciclice lipsesc în timpul sarcinii și perioadei de lactație [5,9].

Există mai multe opinii care explică mecanismul de acțiune a steroizilor sexuali în geneza simptomelor premenstruale [1,4]. Estrogenii cauzează retenția de lichide și Na, drept rezultat apar edeme, tumefiere și dureri în glandele mamare, balonare abdominală, dureri de cap etc.

Progesteronul manifestă efect natriu-diuretic, astfel deficitul de progesteron poate cauza retenția de lichid intersticial, de asemenea, progesteronul manifestă proprietăți anxiolitice, sedative și analgetice datorit acțiunii metaboliților lui. Referitor la rolul androgenilor și prolactinei în patogeneza simptomelor premenstruale datele studiilor efectuate sunt contradictorii [1,5,9]. Datele din literatura de specialitate referitor la statutul hormonal și investigațiile hormonale la paciente cu SPN prezintă opinii diferite. Ipoteza contemporană al etiopatogeniei SPM presupune că, patologia apare pe un fundal de funcție normală a ovarelor, ovulația fiind fenomenul de declanșare a lanțului de evenimente hormonale și neurovegetative. Esența SPM fiind reacția neadekvată a sistemului nervos central, în mod special a hipotalamusului față de fluctuațiile hormonale ciclice în cadrul ciclului menstrual [4].

Scopul lucrării – de a studia particularitățile statutului hormonal la paciente cu SPM.

Material și metode

În studiu au participat 136 femei cu SPM moderat (lotul de bază) și 136 femei fără manifestări clinice premenstruale. În studiu au fost incluse femei cu vârsta cuprinsă între 18-45 ani, cu ciclu menstrual regulat, care nu au folosit COC ultimele 6 luni, nu sunt însărcinate sau după naștere (<6 luni). Toate pacientele au avut cel puțin 6 cicluri menstruale consecutive asociate cu simptome premenstruale anterior includerii în studiu. Diagnosticul de SPM a fost stabilit în baza criteriilor de Diagnostic (ACOG și RCOG) [3,6].

În studiu au fost folosite fișele medicale de ambulator și un chestionar individual complex și multidirecțional prin care au fost odținute date generale (vârsta, statutul social), date anamnestice (patologii suportate genitale și extragenitale), caracterul ciclului menstrual, simptomele clinice legate de menstruație și funcția reproductivă; examenul clinic a inclus examenul general și ginecologic și USG organelor genitale și al glandei mamare.

Determinarea nivelului de hormoni s-a efectuat în a 4-7 zi a ciclului menstrual – FSH, LH, progesteron, estradiol și testosteron și în a 21-22 zi – progesteron și estradiol.

Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului a fost efectuată prin utilizarea programelor Statistica 7.0 (Statsoft Inc). Prelucrarea statistică ne-a permis calcularea ratelor, valorilor medii, indicatorilor de proporție. Cu scopul determinării diferenței dintre valorile medii s-a utilizat testul t și testele neparametrice. Statistic semnificative erau considerate diferențele când $p < 0,05$.

Rezultate obținute

Numărul total de paciente cu sindrom premenstrual (n-136) a fost devizat în subplotul A – pacientele cu SPM cu prezența durerilor de cap legate de menstruație (n-67) și subplotul B – paciente cu SPM fără dureri de cap legate de menstruație. Lotul de control (n-136) a inclus femei de vârstă reproductivă fără simptome premenstruale (Fig.1).

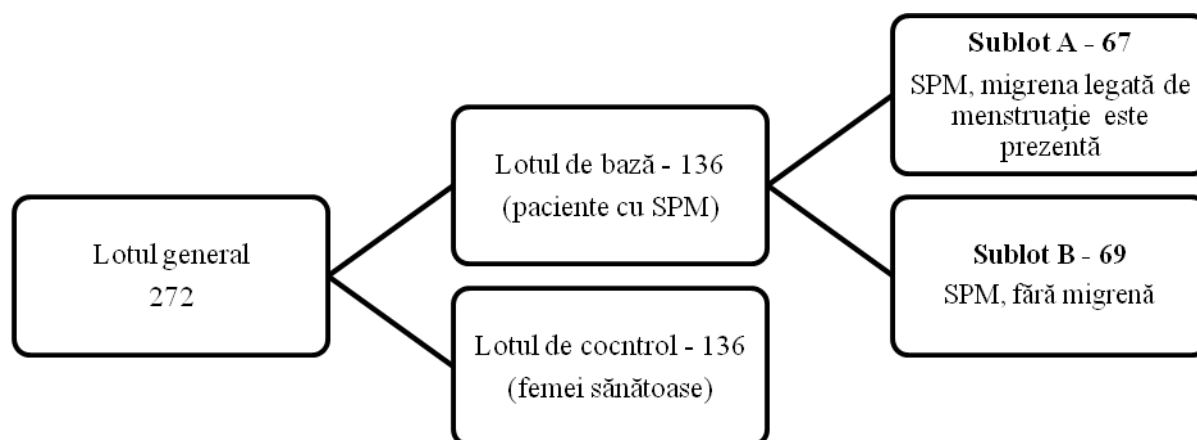


Figura 1. Design-ul studiului.

Pacientele din ambele loturi au fost comparabile după vârstă, nivel educațional, indicele masei corpului (IMC), durata ciclului menstrual și menstruației. Caracteristicile generale a participantelor în studiu sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Caracteristicile generale a pacientelor.

Indicii	Valoare medie		
	Sudlot A	Sublot B	Control (C)
Vârsta, ani	33,31±3,31 19-41	30,44±3,98 18-42	30,86±3,98 18-41
Masa, kg	62,4±3,6 47 – 89	60,65±4,26 47 – 82	63,58±4,54 45 – 90
IMC, kg/m ²	22,43±2,23 18 – 29	21,86±1,64 17 – 36	24,44±2,1 18 – 34
Paritatea, n/ Nulipare 1-2 nașteri ≥3	21 (31,34%) 39 (58,2%) 7 (10,46%)	24 (34,78%) 42 (60,87%) 3 (4,35%)	41 (30,14%) 87 (63,96%) 8 (5,9%)
Menarha, (ani)	12,4 ± 0,68 11 – 15	12,89 ± 0,87 11 – 16	13,9 ± 0,81 11 – 16
Ciclu menstrual, zile Durata Menstruația	29,08 ± 0,96 4,71 ± 0,69	29,13±0,99 4,65±0,58	30,08 ± 0,93 4,69 ± 0,66
Contracepția folosită anterior studiului Nu Metode de barieră DIU Alte	15 (22,39%) 20 (29,85%) 17 (25,37%) 15 (22,39%)	11 (15,95%) 29 (42%) 11 (15,95%) 18 (26,1%)	34 (25%) 47 (34,56%) 39 (28,68%) 16 (11,76%)

Analiza funcției menstruale nu a demonstrat diferențe semnificative: vârsta de menarhă nu a depășit limitele de 12-16 ani (în ambele loturi) și corespunde normei în populație. În lotul de bază pacientele au menționat prezența simptomelor premenstruale (iritabilitate, nervozitate, agresivitate, anxietate, scăderea capacității de concentrare, dreglări de somn, indispoziție, cefalee, vârtij, mastalgie, dureri pelvine, dureri abdominale, dureri precordiale, dureri articulare, grețuri, vomă) cu intensitate de grad moderat/sever, care apar cu 5-10 zile înainte de menstruație și dispar în 1-2 zi a sângerărilor menstruale. În lotul de control au fost menționate simptome unice slabe în faza luteală cu 1-3 zile până la menstruație.

Tabelul 2

Concentrația serică a hormonilor gonadotropi și steroizilor sexuali.

Hormon	Lotul de bază		Lotul de control (C)	p AB	p AC	p BC
	Sublot A	Sublot B				
FSH, Ui/l	5,0 ± 1,03	5,91 ± 0,76	4,67 ± 0,57	>0,05	>0,05	>0,05
LH, Ui/l	4,89 ± 1,01	4,68 ± 0,76	4,81 ± 0,72	>0,05	>0,05	>0,05
Estradiol, pg/ml	66,56 ± 4,45	67,82 ± 2,44	70,19 ± 1,68	>0,05	>0,05	>0,05
	174,98±4,5	171,42±3,7	140,67 ± 3,96	>0,05	<0,001	<0,001
Progesteron, pg/ml	0,6 ± 0,1	0,58 ± 0,09	0,79 ± 0,09	>0,05	>0,05	<0,05
	7,98 ± 0,82	7,46 ± 0,65	5,75 ± 0,72	>0,05	<0,05	<0,05
Testosteron, ng/ml	0,5 ± 0,06	0,54 ± 0,06	0,44 ± 0,08	>0,05	>0,05	>0,05

Conform datelor examinării nivelului hormonal gonadotropinii (FSH și LH), progesteronul și estrogenii nu au depășit limitele normei, însă au fost determinate anumite particularități și diferențe în loturile de cercetare.

Datele raportate în literatura de specialitate referitor la concentrația serică a hormonilor sexuali prezintă opinii diferite și mereu contradictorii. Există opinia confirmată în mai multe studii, care susține că, simptomele premenstruale pot fi cauzate de un dezechilibru între nivelul de estradiol și progesteron în faza luteală a ciclului menstrual ovulator, și mai mult, intensitatea simptomelor premenstruale depinde de nivelul estradiolului și a progesteronului [1, 5, 7, 8].

Rezultatele studiului dat au demonstrat că nivelul hormonilor sexuali la paciente cu SPM corespunde indicatorilor hormonal pentru ciclu menstrual ovulator, însă, asociat cu hiperestrogenie relativă în faza luteală statistic semnificativă ($p < 0,001$) comparativ cu femeile care nu manifestă simptome premenstruale, diferența concentrației progesteronului nu este atât de pronunțată ($p < 0,05$), totodată, concentrația serică a estrogenilor și a progesteronului nu depășește limitele normei. Concentrația serică a gonadotropinelor și androgenilor nu diferă de cea la femeile din lotul de control.

În cadrul studiului dat nu au fost depistate diferențe semnificative a concentrației serice a hormonilor la femeile din subplotul A și subplotul B. Nivelul estrogenilor în faza luteală a fost mai mare la femeile din subplotul A comparativ cu subplotul B, diferența fiind statistic nesemnificativă.

Concluzii

În cadrul cercetării actuale am constatat că SPM se întâlnește la femeile cu ciclu menstrual ovulator, asociat cu hiperestrogenie relativă în faza luteală. Concentrația serică a gonadotropinelor și androgenilor nu diferă de cea la femeile din grupul de control. Acest fapt, sugerează că supresia ovulației poate fi considerată ca metoda de terapie patogenetic întemeiată.

Bibliografie

1. Т.М.Лекарева. Роль половых стероидных гормонов и пролактина в патогенезе предменструального синдрома. Ж Акушерства и Женских Болезней, Т LVI, 3/2007.
2. Торчинов А., Барденштейн Л., Полухова Е., Фириченко В. Предменструальный синдром (вопросы патогенеза, клинической картины и лечения). Гинекологическая Эндокринология, Т.2, №12, 2010.
3. ACOG Practice Bulletin. Premenstrual syndrome. Washington (DC): American College of Obstetricians Gynecologists, 2000. (7)
4. Andrea J Rapkin Alin L Akopians. Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Menopause Intern, 2012, 18, 52-59.
5. T.Backstrom, L.Andeen et al. The Role of Hormones and Hormonal Treatments in Premenstrual Syndrome. CNS Drugs, 2003,17, 5, 325-342.
6. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). Management of Premenstrual Syndrome. Green-Top Guideline, No.48, Dec, 2007. (8)
7. Patrizia Montelone et al. Allopreganolone concentrations and premenstrual syndrome. E J of Endocr (2000) 142, 269-273.
8. Ragner Liedman, Stefan R.Hansson et. al. Reproductive hormones in plasma over the menstrual cycle in primary dysmenorrhea compared with healthy subjects. Gyn Endocrin, Vol 24, Is 9, 2008, 508-513.
9. Saurabh Gupta, Suneet Mehrotra et al. Potential role of female hormones in the pathophysiology of migraine. Pharm&Therap, 113, 2007, 321-340.