

3. Carbillon L. Diagnostic du retard de croissance intra-uterine. *Réalité en gynécologie et obstétrique*. 2006;92:32-38.
4. Chan C, Kaliah S. Usefulness of a placental profile in highrisk pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:363-367.
5. Gude M, Roberts C, Kalionis B, et al. Growth and function of the normal human placenta. *Thromb Res*. 2004;114:397-407.
6. Kahn B, Hobbins J, Galan H. Intrauterine Growth Restriction. In: Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2008;198-219.
7. Murphy V, Smith H, Giles W, et al. Endocrine regulation of human fetal growth; the role of the mother, placenta and fetus. *Endocrine Reviews*. 2006;27:141-169.
8. Owen P, Osman I, Farrel T. Is there a relationship between fetal weight and amniotic fluid index? *Ultrasound Obstet. Gynecol*. 2002;20(1):61-63.
9. Tan T. Intrauterine growth restriction. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2005;17:135-142.
10. Филиппов О. Плацентарная недостаточность: клиническое руководство по эффективной помощи. Москва, 2009;159.

Sindrom premenstrual și dismenoree primară: caracteristici distinctive și particularități clinice

I. Mazur

Department of Obstetrics and Gynecology, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: mazur_ina@yahoo.com. Manuscript received June 26, 2012; revised August 17, 2012

Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: distinctive characteristics and clinic features

The aim of this study was to elucidate characteristic peculiarities and clinic features between premenstrual syndrome and dysmenorrhea, given that these two cyclic diseases are often confused due to a common symptom – pelvic pain. The investigation of 135 women: 69 with dysmenorrhea, and 66 with premenstrual syndrome, resulted in marked differences and distinguished clinical features. The main distinctive feature involves the time when pelvic pain appears: in dysmenorrhea pelvic pain appears when the period begins, while the pain from premenstrual syndrome, which is usually not the only symptom, appears 2-7 days before the period begins and disappears when period starts.

Key words: premenstrual syndrome, dysmenorrhea, pelvic pain.

Предменструальный синдром и дисменорея: дифференциальные отличия и клинические особенности

Целью данного исследования стало определение дифференциальных и клинических особенностей предменструального синдрома и дисменореи, т.к. эти два циклических синдрома часто путают из-за симптома тазовых болей, характерного для этих патологий. В результате исследования, в котором участвовали 135 женщин: 69 с дисменореей, и 66 с предменструальным синдромом, были установлены характерные отличия и клинические особенности. Основной отличительной особенностью является время появления боли в области таза: при дисменореи тазовая боль появляется с началом менструации, при предменструальном синдроме тазовая боль не является основным симптомом и появляется за 2-7 дней до менструации и исчезает, когда менструация начинается.

Ключевые слова: предменструальный синдром, дисменорея, тазовая боль.

Introducere

Sindroamele ginecologice ciclice (premenstrual și dismenoreea primară) fac parte dintre cauzele frecvente de adresare la medicul obstetrician-ginecolog. La fiecare din aceste sindroame se observă diverse combinații de simptome patologice, gradul de manifestare al cărora poate varia considerabil. Totodată, durerea pelvină este simptomul comun și mereu dominant caracteristic, cât pentru dismenoreea primară, atât și pentru sindromul premenstrual, fiind cauza de condundare a acestor patologii diferite din punct de vedere clinic și patogenic [4, 8, 9].

Sindromul premenstrual (SPM) este caracterizat printr-un complex de simptome somatice și psiho-emoționale care apar cu 2-14 zile înainte de menstruație și dispar odată cu apariția ei. SPM se întâlnește la aproximativ 70-95% femei, SPM moderat – în 28-35% și 3-8% femei suferă de SPM sever, simptomele premenstruale fiind destul de pronunțate încât afectează capacitatea de muncă, relațiile interpersonale

și necesită asistență medicală. Frecvența SPM crește odată cu vârsta femeii, fiind mai mare la femei cu vârsta de 30-45 de ani [1, 4, 6]. Cu toate că, etiopatogenia nu este cunoscută pe deplin, cercetările anterioare confirmă implicarea fluctuațiilor ciclice hormonale și influența estrogenilor asupra sistemului hipotalamus-hipofiză [3].

Dismenoreea primară (menstruația însoțită de dureri pelvine) este un proces patologic ciclic, care se manifestă prin dureri pronunțate în regiunea inferioară a abdomenului în primele zile ale menstruației, asociat cu simptome neurovegetative și endocrine-metabolice. Incidența ei constituie 31-52% dintre femei de vârstă reproductivă, în 10-12% cazuri se manifestă ca un sindrom dolo și neurovegetativ pronunțat [1, 2]. Dismenoreea primară se întâlnește mai des la femei tinere (15-27 de ani) survine mai des la 12-24 de luni după menarhă. Dismenoreea primară se manifestă prin dureri pelvine pronunțate, cu caracter de colică care apar în prima zi a menstruației și durează 1-3 zile. Etiopatogenia nu este

cunoscută pe deplin, dar după părerea multor savanți, este cauzată de sinteza excesivă a Pg sau dereglarea sistemului de degradare a Pg în endometru, având drept rezultat ischemia și hipercontractibilitatea uterină [5].

Tendența de creștere a incidenței SPM și a dismenoreei primare între femeile tinere și confundarea frecventă a acestor patologii motivează efectuarea cercetării particularităților clinice în perspectiva stabilirii diagnosticului corect și administrării tratamentului patogenic potrivit.

Obiectivele studiului – determinarea diferențelor principale ale profilului clinic al SPM și dismenoreei primare.

Material și metode

Studiul prezent s-a desfășurat în perioada ianuarie-aprilie, 2012 în cadrul secției ginecologice de ambulator, au fost incluse 135 de femei, dintre care – 69 de femei cu dismenoree primară și 66 de femei cu SPM. În studiu au fost incluse femei cu vârsta cuprinsă între 15-45 de ani, cu ciclu menstrual regulat (23-35 de zile), fără leziuni organice genitale sau cerebrale, care nu folosesc COC, nu sunt gravide sau după naștere (<6 luni). Diagnosticul SPM și a dismenoreei primare a fost stabilit în baza manifestărilor clinice (criteriilor de diagnostic) și examenului clinic [7]. Cu scop de a determina profilul manifestărilor clinice și caracteristicile medico-sociale ale participantelor, au fost folosite fișele medicale de ambulator și un chestionar individual complex și multidirecțional: vârsta, statutul social, studii, date anamnezice (patologii suportate genitale și extragenitale), funcția menstruală (menarha, ritmul și durata ciclului menstrual) și reproductivă, aspectele manifestărilor clinice (timpul apariției simptomelor legate de menstruație, durata și intensitatea lor); examenul clinic a inclus examenul general și ginecologic și USG organelor genitale, precum și Agenda menstruală completată timp de 2-3 cicluri menstruale consecutive [10].

Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului a fost efectuată prin utilizarea programelor Statistica 7.0 (Statsoft Inc). Prelucrarea statistică 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

Vârsta pacientelor incluse în studiu a fost de la 15 până la 45 de ani; vârsta medie la femei cu SPM (n=66) a fost de $32,75 \pm 1,8$ ani, iar vârsta medie la femei cu dismenoree primară (n=69) – $23,5 \pm 2,08$ ani, fiind semnificativ mai mică ($< 0,001$). Dintre toate participantele în studiu – $78,7\% \pm 2,34$ fiind sexual active, atât cele cu SPM cât și cele cu dismenoree primară (tab. 1).

Anamneza patologiilor suportate (patologii neurologice, patologii endocrine și ale glandelor mamare, traume și operații suportate) nu a evidențiat diferențe semnificative între femei cu SPM, comparativ cu pacientele cu dismenoree primară. Analiza patologiilor ginecologice suportate sau asociate a demonstrat că $32,75\%$ dintre paciente cu SPM menționează

asocierea dismenoreei, iar 29% dintre pacientele cu dismenoree primară semnalează simptome premenstruale moderate/severe. Din datele anamnezice diferența semnificativă este menționată la intervențiile chirurgicale ginecologice suportate anterior din cauza sarcinii extrauterine, chisturilor ovariene, proceselor inflamatorii acute – la $8,2\%$ din femeile cu dismenoree primară, comparativ cu pacientele cu SPM – $3,4\%$ (tab. 1).

Rezultatele examinării clinice și instrumentale nu au determinat patologii genitale, ale glandelor mamare și neurologice, astfel, a fost confirmat diagnosticul SPM sau dismenoreea primară.

Analiza funcției menstruale a demonstrat ciclul menstrual regulat în ambele grupuri, durata medie fiind de $29,7 \pm 2,82$ zile la femei cu SPM, comparativ cu $28,4 \pm 2,9$ la pacientele cu dismenoree primară ($> 0,05$), vârsta medie la menarhă fiind de $12,8 \pm 2,2$ ani la pacientele cu SPM și $12,2 \pm 1,5$ ani la pacientele cu dismenoree primară ($> 0,05$) (tab. 1).

Tabelul 1

Caracteristicile generale al participantelor în studiu

	SPM (n = 66)	Dismenoree primară (n = 69)
Vârsta medie, ani	$32,75 \pm 1,8$	$23,5 \pm 2,08^*$
Indicele masei corpului	$23,45 \pm 3,62$	$22,2 \pm 2,66$
Caracteristica ciclului menstrual	$12,8 \pm 2,2$	$12,2 \pm 1,5$
Menarha, ani	$29,7 \pm 2,82$ (26-35)	$28,4 \pm 2,9$ (25-34)
Durata ciclului menstrual, zile	$5,3 \pm 1,5$	$5,1 \pm 1,3$
Durata menstruației, zile		
Ciclu menstrual regulat	98,2%	99,1%
Patologii ginecologice suportate/asociate	28,35%	26,75%
Boala inflamatorie pelvină	1,2%	3,2%
Chist ovarian	3,6%	1,45%
Miom uterin	1,2%	-
Sterilitate	4,8%	4,3%
Dereglări menstruale (polimenoree)		
Intervenții chirurgicale ginecologice (sarcină extrauterină, chist ovarian, apoplexie ovariană, procese inflamatorii)	3,4%	8,2%

* $p < 0,001$

Analiza Agendelor Menstruale completate de către participantele în studiu a evidențiat particularități semnificative în profilul clinic al SPM și dismenoreei primare. Simptomul clinic dominant în dismenoreea primară este durerea în regiunea inferioară a abdomenului de intensitate diversă, cu caracter contractil, atunci când în SPM durerea pelvină este asociată cu alte manifestări algice (mastalgie și migrenă ciclică, artralgi etc). Debutul episodului clinic în SPM are loc

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7
Menstruatia											m	m	m	m	m		
SPM								d	d	d							
Dismenoreea primară											D	d					

Fig. 1. Zilele ciclului menstrual cu incidența maximă a durerii pelvine.

obligatoriu înainte de menstruație cu 2-7 zile (92,5% cazuri), atunci când debutul episodului clinic în dismenoreea primară coincide cu începutul menstruației sau cu cel mult 8-12 ore înainte de aceasta (96% cazuri). În SPM simptomele neuro-psihice sau vegeto-vasculare, în cele mai dese cazuri, apar cu 1-3 zile înainte de apariția simptomelor algice (durerilor pelvine). În dismenoreea primară durerea pelvină este mai pronunțată, comparativ cu durerea pelvină în SPM și este asociată cu grețuri, vomă, slăbiciuni, cefalee etc, aceste simptome apar pe fundalul durerii pelvine pronunțate și depind de intensitatea ei. Durata medie a episodului clinic în SPM este de $3,8 \pm 2,22$ zile (2-7 zile), comparativ cu dismenoreea primară $8 \pm 1,3$ ore (2-72 de ore), figura 1.

Debutul dismenoreei primare este la 1-3 ani după menarhă ($74,6\% \pm 2,34$), comparativ cu SPM care se dezvoltă mai târziu, frecvența maximă $53,4\% \pm 2,68$ fiind la vârsta de $37,5 \pm 2,2$. Durata medie a patologiei fiind de $7,1 \pm 3,0$ ani (3-10 ani) în SPM și $4,5 \pm 2,5$ ani (1-12 ani) în dismenoreea primară ($< 0,05$).

Concluzii

Așadar, în diagnosticul diferențial al SPM și al dismenoreei primare pot fi aplicate următoarele caracteristici:

Dismenoreea primară se dezvoltă, de regulă, la 1-4 ani după menarhă, mai bine zis, după instalarea ciclului menstrual ovulator, iar după naștere, intensitatea durerii pelvine se reduce; SPM se dezvoltă mai târziu, mai des după nașteri sau avorturi complicate, stres sau alți factori de risc.

În dismenoreea primară durerea este localizată în bazi-nul mic, durerea pronunțată este asociată cu grețuri, vomă, slăbiciuni, cefalee etc; în SPM sindromul algic este compus (mastalgie, cefalee, dureri pelvine și abdominale, artralgi etc), iar durerea pelvină nu este evidențiată.

În dismenoreea primară durerea pelvină apare odată cu menstruația sau cu 8-12 ore înainte; în SPM simptomele clinice apar cu 2-7 zile înainte de menstruație și remit sau dispar odată cu apariția ei.

În aproximativ 30% cazuri SPM și dismenoreea primară sunt patologii asociate, acest fapt confirmă prezența unor verigi patogenice comune la patologiiile respective, ținând cont de aceasta și aspectele enumerate mai sus, diagnosticul corect și conduita individuală determină eficacitatea și reușita tratamentului.

Bibliografie

1. Paladi Gh. Ginecologie endocrinologică. Chișinău, 1999.
2. Абакарова П, Прилеская В, Межевитинова Е. Возможности микродозированного препарата Линдинет в терапии первичной дисменореи. *Российский Мед. Журнал*. 2005;13(17).
3. Балан В, Ильина Л. Предменструальный синдром. *Лечащий Врач*. 2008;3:55-59.
4. Басова ОН, Волков ВГ. Медико-социальная характеристика девушек-подростков с предменструальным синдромом. *Акушерство и гинекология*. 2011;8.
5. Майоров МВ. Альгодисменорея: патогенез, диагностика, лечение. *Провизор*. 2010;16.
6. Торчинов А, Барденштейн Л, Полухова Е, и др. Предменструальный синдром (вопросы патогенеза, клинической картины и лечения). *Гинекологическая эндокринология*. 2010;2(12).
7. American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG) 2004. ACOG Practice Bulletin 51. Premenstrual Syndrome: Chronic pelvic pain. Washington, DC; ACOG.
8. Johnson SR. Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder, and Beyond: A Clinical Primer for Practitioners. *The Am Coll of Obs and Gyn*. 2004;104(4):845-859.
9. Li Ping Wong. Premenstrual Syndrome and Dismenorrhea: Urban-Rural and Multiethnic Differences in Perception, Impacts and Treatment Seeking. *North Am Society for Pediatric and Adolesc Gyn*. 2011;1-6.
10. Mortola JF, Girton L, Beck L, et al. Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple prospective and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obs. Gyn*. 1990;76:302-307.

