

# Предменструальный синдром



ЛЕКЦИЯ ПО ГИНЕКОЛОГИИ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА  
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА  
И ГИНЕКОЛОГИИ, К.М.Н.  
ШЕВЦОВА Е.П.

# Предменструальный синдром (ПМС)

- это комплекс нервно-психических, обменно-эндокринных и вегетососудистых нарушений, возникающих во второй фазе менструального цикла (в предменструальном периоде за 2-12 дней до менструации) и исчезающих во время или сразу после менструации.



- **Частота ПМС- 20-85%**, увеличивается с возрастом и не зависит от социально-экономических, культурных и этнических факторов. ( страны Средиземноморья, Ближний Восток, Исландия, Кения, Новая Зеландия).
- **КОД по МКБ N94.3 Синдром предменструального напряжения.**
- - **75%** страдают легкими формами ПМС
- - **25%** испытывают умеренные или тяжелые СИМПТОМЫ
- - **3-8%** имеют чрезвычайно тяжелую форму ПМС, называемую предменструальным дисфорическим расстройством ПМДР.

# ЭТИОЛОГИЯ

- - нарушение функции системы «гипоталамус-гипофиз-надпочечники»
- - гиперпролактинемия
- - изменения в коре надпочечников (повышенная секреция андростендиона)
- - увеличение содержания простагландинов
- - снижение уровня эндогенных опиоидных пептидов
- - изменения обмена биогенных аминов и (или) расстройства хронобиологических ритмов в организме
- - нарушения обмена кальция
- - недостаточность/дефицит витамина D

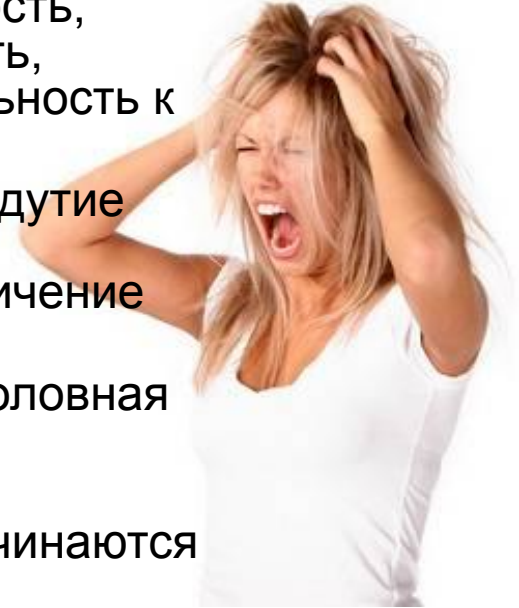


# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- -репродуктивный возраст
- -регулярный овуляторный цикл
- -умственный труд
- -конфликтные семьи
- -алкоголь
- -жительницы городов (особенно мегаполисов)
- -генетическая предрасположенность
- -непереносимость КОК

# КЛАССИФИКАЦИЯ ПМС

- **-психовегетативная** (повышенная раздражительность, депрессия, обидчивость, плаксивость, агрессивность, онемение рук, сонливость, повышенная чувствительность к запахам и звукам).
- **-отечная** (отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, увеличение массы тела на 4-8 кг, нагрубание и болезненность молочных желез, увеличение размера обуви).
- **-цефалгическая** (головная боль по типу мигрени, головная боль напряжения, сосудистые головные боли или сочетанные).
- **-кризовая – синдром панических атак** –(кризы начинаются с повышения АД, озноба, чувства страха, чувство сдавления за грудиной, сердцебиением, изменениями на ЭКГ, после криза обильное мочеотделение).
- **-атипичная**-( гипертермическая, офтальмоплегическая, гиперсомническая, циклические аллергические реакции вплоть до отека Квинке).
- **Описано более 200 симптомов ПМС**



# Стадии ПМС

- **-компенсированная-** симптомы заболевания с возрастом не прогрессируют и с наступлением менструации прекращаются.
- **-субкомпенсированная-** тяжесть ПМС с возрастом усугубляется, симптомы исчезают только с прекращением менструации.
- **-декомпенсированная-** симптомы ПМС продолжают в течении нескольких дней после прекращения менструации, причем промежутки между прекращением менструации и появлением ПМС постепенно сокращаются

# Степени ПМС

- **Легкая** – за 2-10 сут до начала менструации появляется 3-4 из перечисленных симптомов, причем только 1 или 2 из них значительно выражены.
- **Тяжелая** – за 3-14 сут до менструации начинают беспокоить одновременно 5-12 из перечисленных симптомов, причем 2-5 из них резко выражены.





# ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

1. появление симптомов зависит от менструального цикла (лютеиновая фаза)
2. наличие по крайней мере 5 из следующих симптомов при обязательном включении одного из первых 4:
  - эмоциональная лабильность,
  - постоянная раздражительность и злобность
  - резко сниженное настроение, ощущение безнадежности
  - пониженный интерес к обычной деятельности
  - легкая утомляемость или незначительное снижение работоспособности
  - невозможность сосредоточиться
  - заметное изменение аппетита
  - патологическая сонливость или бессонница
  - соматические симптомы, характерные для определенной клинической формы ПМС

- **Эффективный метод диагностики – проспективная ежедневная оценка симптомов, проводимая пациентками в специальном дневнике или менструальном календаре**



## Лабораторно-инструментальные исследования

- -рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника
- - ЭхоЭГ
- - маммография
- -реоэнцефалография
- -МРТ головного мозга (по показаниям)
- -оценка состояния глазного дна и периферических полей зрения
- - оценка выделительной функции почек (мочевина, креатинин)
- -определение диуреза и количество выпитой жидкости в течение 3-4 суток в обе фазы цикла
- - контроль АД
- определение уровня пролактина

# Лечение

- блокирование или торможение овуляции
- нормализация циклических взаимодействий половых гормонов с нейротрансммиттерами (серотонин)
- улучшение качества жизни, максимальное уменьшение проявлений ПМС



# Немедикаментозное лечение

- -коррекция диеты
- -максимальное снижение психоэмоциональных нагрузок
- -физические упражнения
- -физиотерапия
- -психотерапия
- -когнитивная поведенческая терапия

# Лекарственная терапия

1-я линия терапии при ПМС

## СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА

- - антидепрессанты: сертралин, пароксетин, флуоксетин
- -анксиолитики: диазепам, буспирон,клоназепам
- -антагонисты гонадотропин-релизинг-гормона применяют при тяжелых формах: гозерелин, бусерилин.
- - комбинированная низкодозированная эстроген-гестагенная терапия назначается вместе с антагонистами гонадотропин-релизинг-гормона ( 1 мг эстрадиола + дроспиренон 2 мг на 6 мес).
- - монофазные КОК
- - растительные фитопрепараты ( прутняк, цикломен, ирис)
- - симптоматическая терапия

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

- -симптомов нет-0 баллов
- -симптомы слегка беспокоят- 1 балл
- -симптомы беспокоят умеренно, но не нарушают повседневную
- жизнь-2 балла
- -тяжелые беспокоящие и (или) влияющие на повседневную жизнь симптомы – 3 балла.
- В результате лечения баллов 0-1, терапия правильная

# Хирургическое лечение

- - овариоэктомия ( неэффективность терапии, тяжелые формы, возраст старше 35 лет, реализация репродуктивной функции).





# ПРОФИЛАКТИКА

- -упражнениями
- -формировать устойчивость к стрессовым ситуациям
- - избегать резких кратковременных перемен климата
- - избегать прерывания беременности аборты
- - использование КОК
- регулярные занятия физическими



Аменорея

# Диагностика

- отсутствие менархе (первой менструации) в возрасте 16 лет и старше;
- отсутствие признаков полового созревания (молочных желез, полового оволосения) в возрасте 14 лет и старше;
- отсутствие менархе в течение 3 лет и более от начала появления и развития вторичных половых признаков;
- несоответствие показателей роста и массы тела хронологическому возрасту (или несоответствие биологического возраста календарному).

# Первичная аменорея

## I. с задержкой полового развития

а) пороки развития гонад (дисгенезия гонад и синдром тестикулярной феминизации).

б) Нарушения гипоталаймо-гипофизарной системы: конституциональная форма ЗПР, функциональные нарушения ГГС, и органические нарушения ГГС

## II. С задержкой развития вторичных половых

**признаков** (пороки развития половых органов: гинатрезия, атрезия части влагалища, аплазия матки (синдром Майера–Рокитанского–Кюстнера))

# Дисгенезия гонад

## Классификация

Выделяют:

- **типичную форму** дисгенезии гонад (синдром Шерешевского—Тернера) — кариотип 45,X;
- **стёртую форму** дисгенезии гонад — кариотип имеет мозаичный характер, 45,X/46,XX;
- **смешанную форму** — мозаичный кариотип с обязательным присутствием Y-хромосомы или её участка (наиболее часто встречается кариотип 45,X/46,XY);
- **чистую форму** (синдром Свайера) — кариотип 46,XX или 46,XY

# Синдром Шерешевского-Тернера



# Общие диагностические критерии

- первичная аменорея;
- отсутствие или резкое недоразвитие вторичных половых признаков, генитальный инфантилизм;
- УЗИ признаки дисгенетичных гонад;
- высокий уровень гонадотропинов, особенно ФСГ, соответствующий постменопаузальному возрасту;
- кариотип с аномальным набором половых хромосом, отсутствие или значительное снижение полового хроматина;
- отрицательная проба с гестагенами, но положительная с эстрогенами и гестагенами.



# Лечение

- **Оперативное**
- **ГЗТ**
  - феминизацию фигуры, развитие полового оволосения, молочных желёз, матки;
  - подавление уровня гонадотропинов;
  - развитие циклических изменений в эндометрии с менструальной реакцией;
  - профилактику эстрогендефицитных состояний (остеопороза, метаболических нарушений, сердечнососудистых заболеваний);
  - социальную адаптацию;
  - улучшение качества жизни

# Аплазия матки



# Вторичная аменорея

- I. Патология матки** (травматическое повреждение шейки и тела матки, внутриматочные синехии (синдром Ашермана))
- II. Функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарной системы:** аменорея на фоне потери массы тела -косметическая аменорея, психогенная аменорея – стресс аменорея
- III. органические нарушения гипоталамогипофизарной системы** (синдром Шихана, синдром «пустого турецкого седла»)
- IV. яичниковые формы вторичной аменореи** (синдром резистентных яичников , синдром истощения яичников)
- V. Гиперпролактинемия**

# Алгоритм ведения пациенток с аменореей

1) Подробный сбор анамнеза

2) Осмотр- рост (несоответствие роста и возраста указывают на хромосомные нарушения СИНДРОМ ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА –маленькие, СИНДРОМ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ - высокие)

- развитие вторичных половых признаков или любые другие признаки вирилизации;
- сужение полей зрения и отек зрительного нерва могут свидетельствовать о поражении гипофиза;
- исследование органов малого таза ( выявление пороков развития).

# Алгоритм ведения пациенток с аменореей

## 3.Лабораторные исследования.

- *Определение ХГ в сыворотке*
- *Определение содержания пролактина – эффективный тест при вторичной аменорее. Гиперпролактинемия относится ко второй по распространенности (после беременности) причине аменореи.*
- *исследование функции щитовидной железы показано всем больным аменореей.*
- *уровень гонадотропинов:*
  - *повышенный уровень- подтверждает наличие синдрома истощения яичников.*
  - *пониженный уровень –свидетельствует о патологии гипофиза ( первичный гипофизарный гипогонадизм) или гипоталамуса (функциональной или органической природы).*

# Алгоритм ведения пациенток с аменореей

- **определение андрогенов.** Гиперандрогения может привести к аменорее. самая частая причина гиперандрогении – синдром поликистозных яичников. Редко гиперандрогению вызывают заболевания надпочечников и андроген-секретирующие опухоли.
- **определение кариотипа** показано при первичной аменорее у женщин старше 30 лет с синдромом преждевременного истощения яичников.
- **исследование аутоантител к яичнику** показано у женщин с синдромом преждевременного истощения яичников
- методы визуализации ( УЗИ. КТ,МРТ) для выявления сложных пороков развития тазовых органов либо для идентификации внутричерепных образований.

*Спасибо за внимание!!!*

