

Предменструальный синдром



Выполнила: Толегенова Г.О.

Факультет: ОМ

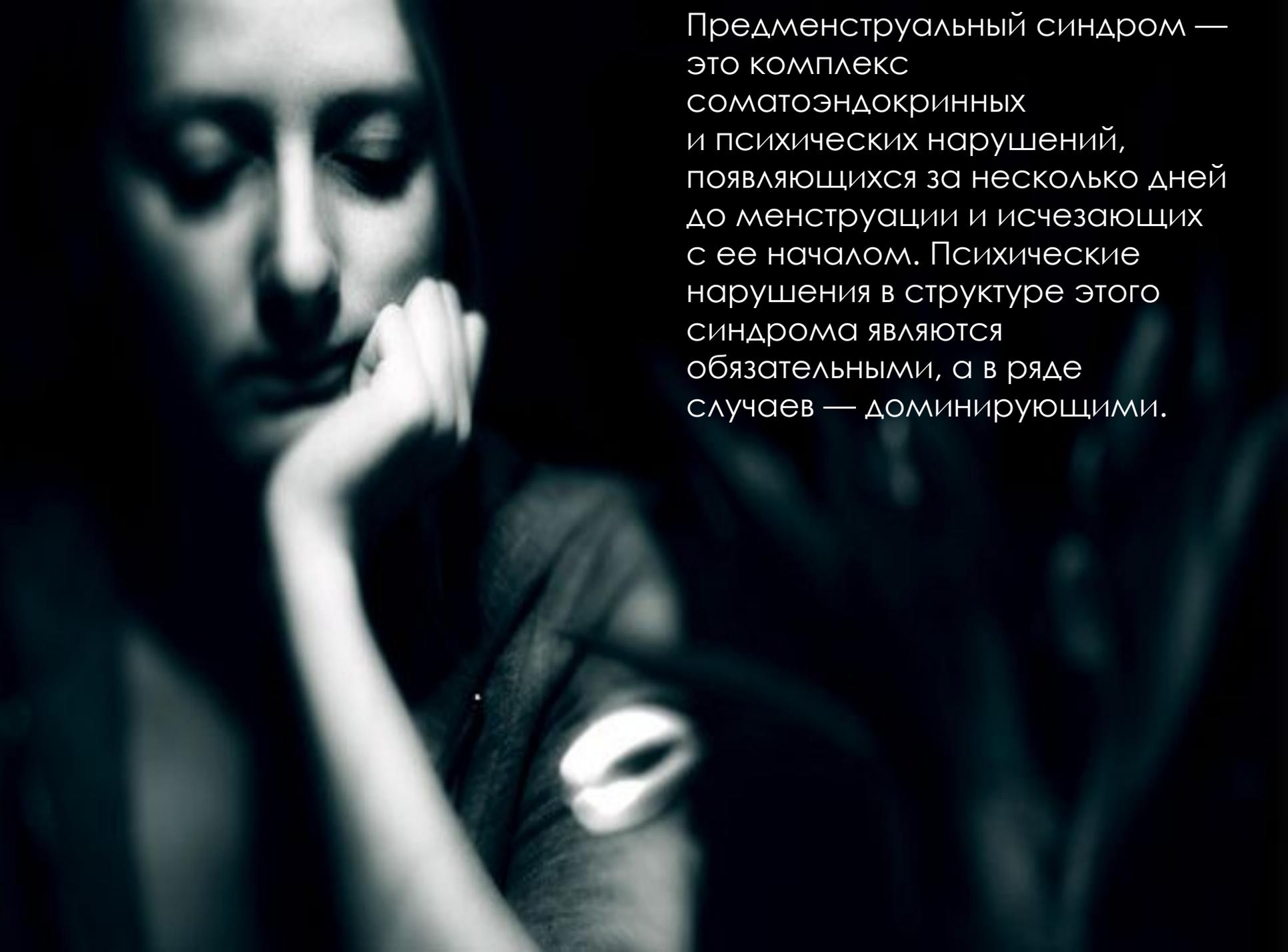
Курс:5

Группа:005-02

Проверила: .

План:

- Введение
- Причины развития ПМС
- Теории развития ПМС
- Варианты течения ПМС
- Клинические формы
- Лечение



Предменструальный синдром — это комплекс соматоэндокринных и психических нарушений, появляющихся за несколько дней до менструации и исчезающих с ее началом. Психические нарушения в структуре этого синдрома являются обязательными, а в ряде случаев — доминирующими.

- Предменструальный синдром. Состояние возникает спонтанно вскоре после овуляции, т. е. примерно за 10-12 дней до начала очередной менструации, достигает максимума за 5 дней до нее и проходит к 1-2-му дню менструального цикла.

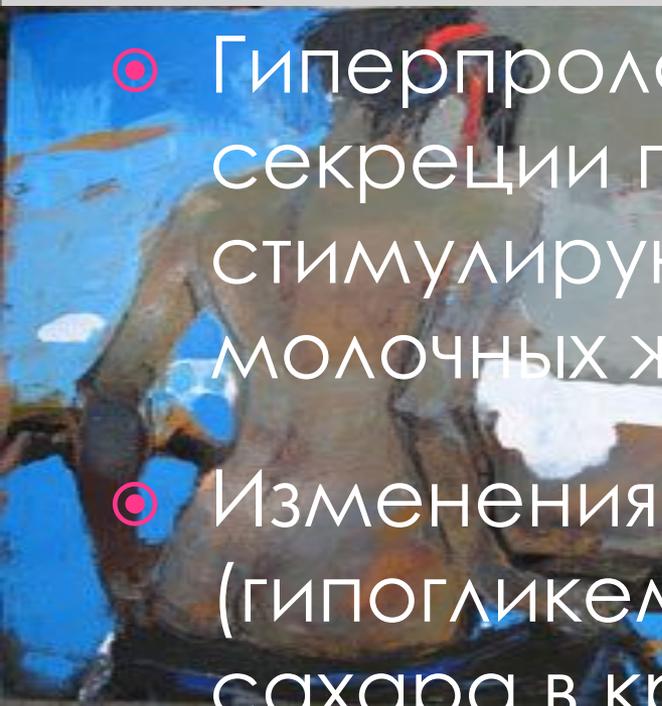


Каковы причины развития ПМС?

- Нарушение соотношения гормонов эстрогена и прогестерона во второй фазе менструального цикла.

- Гиперпролактинемия (увеличение секреции гормона пролактина, стимулирующего изменения в молочных железах).

- Изменения углеводного обмена (гипогликемия – снижение уровня сахара в крови)



Причины ПМС

- гормональная теория
- теория водной интоксикации
- теория гипердренокортикальной активности
- авитаминоз

- *гормональная теория, согласно которой предменструальный синдром является следствием нарушения баланса **эстрогена** и **прогестерона** в организме женщины. Наиболее обоснованной в рамках этой теории является точка зрения, говорящая о гиперэстрогении (избытке эстрогенов). Действие этих гормонов таково, что в большом количестве они способствуют задержке жидкости в организме, что, в свою очередь, вызывает отеки, набухание*

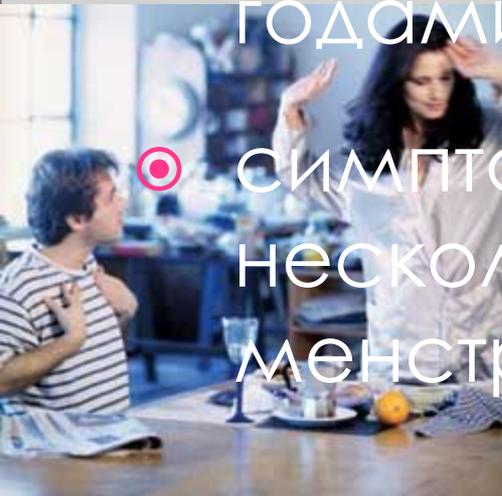
- ⦿ *теория водной интоксикации* - говорит о том, что симптомы ПМС проявляются при нарушениях водно-солевого обмена жидкости в организме. Также некоторые медики говорят о генетическом факторе развития предменструального синдрома.

- Теория гипердренокортикальной активности и увеличения секреции альдостерона. Эстрогены повышают уровень ренина в плазме крови, возможно, в результате увеличения синтеза белка (ангиотензиногена) печенью. В результате чего увеличивается активность ренина и ангиотензина II, что приводит к повышенной выработке и выделению альдостерона. В отличие от эстрогенов прогестерон не повышает концентрацию ренина в плазме крови, однако может ингибировать

- Авитаминоз. Развитие ПМС также может быть связано с наличием авитаминоза во 2-ю фазу цикла.
- Витамин В в лечении ПМС используют с 1940 г. Необходимость его использования имеет в основном теоретическое обоснование. Во-первых, витамин В участвует в регуляции обмена эстрогенов, во-вторых, он нормализует продукцию мозгом моноаминов, что приводит к снижению или исчезновению симптоматики ПМС. В 1940 г. Biskimds

Варианты течения:

- симптомы с годами не прогрессируют, появляются во второй половине цикла и с наступлением менструации прекращаются;
- симптомы проходят только после прекращения менструации и с годами усиливаются;
- симптомы проходят только через несколько дней после окончания менструации, усиливаются с годами.



Основные симптомы:

1. Результат вегетососудистых нарушений:

□ Головная боль, головокружение, тошнота, рвота, тахикардия, грудные боли, гипертензия/гипотензия, одышка

2. Результат эндокринно-обменных нарушений:

□ Потёки, нагрубание молочных желез, метеоризм, озноб, температуры тела.

Клинические формы ПМС

- Нервно-психическая
- Отечная
- Цефалгическая
- Кризовая

Наибольшая частота и тяжесть кризовой и цефалгической форм ПМС наблюдаются в переходном периоде жизни женщины, в 16–19 и в 25–34 года отмечается наибольшая частота

○ **Нервно-психическая форма** ПМС характеризуется преобладанием таких симптомов, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность. Причем если у молодых женщин преобладает депрессия, то в переходном возрасте отмечается агрессивность.

○ **При отечной форме** ПМС преобладают такие симптомы, как нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, раздражительность, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к запахам, потливость. Отмечается задержка жидкости до 500–700 мл. Большинство женщин с этой формой заболевания обращаются к терапевту и только потом, при неэффективности терапии, к гинекологам.

○ **Цефалгическая форма** ПМС характеризуется преобладанием в клинической картине головной боли, раздражительности, тошноты, рвоты, повышенной чувствительности к звукам и запахам, головокружений. У каждой 3-й больной отмечаются депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе. Отмечается пульсирующая, дергающая боль в височной области, иррадиирующая в глазное яблоко. Головная боль может сопровождаться тошнотой, рвотой, при этом уровень АД не изменяется. Кроме того, рентгенография костей свода черепа и турецкого седла показывает выраженные изменения, сочетание усиления сосудистого рисунка или обызвествление шишковидной железы у 75 % женщин, страдающих данной формой ПМС. Установлено, что данные изменения свода черепа и турецкого седла, обызвествление твердой мозговой оболочки и лобной кости являются тканевым процессом и не связаны с общими изменениями уровня кальция в организме женщины.

○ **При кризовой форме** ПМС наблюдаются симпатоадреналовые кризы. Они начинаются с повышения АД, чувства сдавления за грудиной и появления страха смерти. Сопровождаются похолоданием, онемением конечностей и сердцебиением при неизменной ЭКГ. Заканчиваются обильным мочеотделением. Кризы обычно возникают вечером или ночью и наблюдаются, как правило, у женщин с нелеченой нервно-

Основные клинические формы и симптомы предменструального синдрома (Сметник В.П., Комарова Ю.А., 1998)

I. Психовегетативная	II. Отечная
<ul style="list-style-type: none"> • Раздражительность • Депрессия • Плаксивость • Обидчивость • Агрессивность • Онемение рук • Сонливость • Забывчивость 	<ul style="list-style-type: none"> • Отечность лица, голеней, пальцев рук • Вздутие живота • Зуд кожи • Увеличение веса на 4–8 кг • Масталгия/мастодиния • Увеличение размера (≥ 2 размера) обуви • Локальные отеки (например, отеки передней брюшной стенки или стоп, коленей)
III. Цефалгическая	IV. Кризовая (синдром ванических атак)
<ul style="list-style-type: none"> • Головные боли по типу мигреней • Головные боли при напряжении (экстракраниальные) • Сосудистые головные боли (интракраниальные) • Сочетанные формы головных болей 	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение артериального давления (АД) • Чувство сдавления за грудиной • Онемение и похолодание конечностей • Учащение сердцебиения при неизменной ЭКГ • Озноб • Учащение мочеиспускания с окончанием приступа атак

○ Физические симптомы:

- повышенная чувствительность или даже болезненность груди,
- увеличение груди,
- задержка жидкости в организме, приводящая к отечности ног и рук и к прибавке в весе около 2 кг,
- головные боли, в особенности мигрени,
- тошнота, рвота и головокружение,
- боль в мышцах и суставах и специфическая боль в спине,
- в некоторых случаях запор, диарея,
- сильная жажда и учащенное



- *Психологические симптомы:*
 - частые смены настроения,
 - депрессия, хандра, чувство подавленности,
 - постоянная напряжённость и раздражительность,
 - бессонница или продолжительный сон,
 - рассеянность и забывчивость.Некоторые женщины могут испытывать более сильные симптомы:
 - паника
 - мысли о суициде

Степени тяжести:

1. Легкая степень ПМС — наличие незначительного количества симптомов, которые не влияют на деятельность женщины.

2. ПМС средней тяжести — симптомы оказывают влияние на семейную и производственную жизнь женщины, но трудоспособность у нее сохраняется.

3. Тяжелая степень ПМС — симптомы приводят к потере женщиной



Лечение

- Патогенетическая терапия должна сочетать мероприятия направленные на наиболее выраженные проявления нарушений в гипоталамусе. Рациональная схема лечения включает:
 - * психотерапия
 - * применение транквилизаторов
 - * применение витаминов А, Е
 - * применение половых гормонов.

- Лечение больных с ПМС начинают с психотерапии. Такие проявления ПМС, как раздражительность и перепады настроения, депрессии, от которых страдает либо сама женщина, либо ее близкие, могут быть скорректированы с помощью методов психоэмоциональной релаксации или стабилизирующих поведенческих техник. Психотерапевтические беседы должны проводиться не только с больной, но и с родственниками, учитывая, что при ПМС страдает семья.

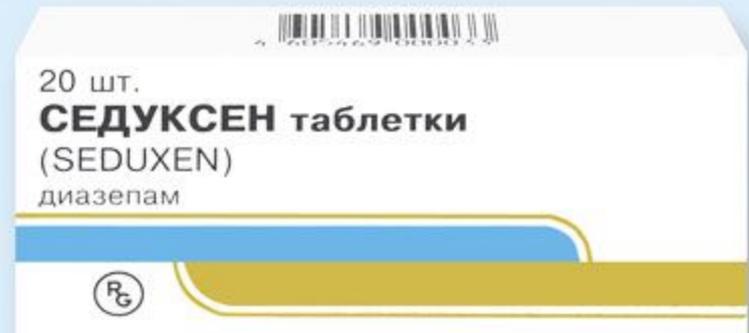
- Соблюдение диеты предполагает употребление пищи с высоким содержанием клетчатки.
- Рекомендуемый рацион должен включать в себя 75 % углеводов, 15 % белка и 10 % жиров.
- Травяные чаи.
- Избегать следует пряностей, шоколада, мяса.
- Особое внимание необходимо обратить на достаточность витаминов, в первую очередь группы В. Отказаться от употребления алкоголя. Необходимо

Лечение:

- При выраженных психических проявлениях, возникающих перед менструацией у психически здоровых женщин, необходима определенная психотерапевтическая коррекция, а также применение небольших доз психотропных препаратов. При повышении возбудимости, раздражительности, плаксивости — транквилизаторов (тазепам, элениум, седуксен).

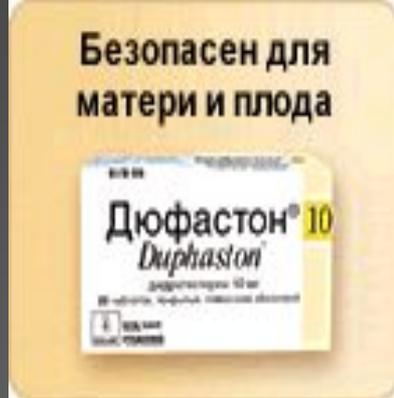
При сильной слабости, вялости,

○ Транквилизаторы



Лечение

- АФОБАЗОЛ® (AFOBAZOL)
- МАСТОДИНОН® (MASTODYNON®)
- РЕМЕНС® (REMENS)
- ФЕМИЗОЛ® (FEMIZOL)



Лечение



Ноотропы



PLIVA Kraków

60 капсул по 400 мг



PIRACETAMUM

НООТРОПИЛ®



ІЗГОТОВЛЕНО ПО ЛІЦЕНЗІЇ ФІРМИ UCSB-PHARMA, БРЮССЕЛЬ, БЕЛЬГІЯ

Литература:

- Белоусов С.А., Популярная пограничная психиатрия.
- Кира Е.Ф., Бескровный С.Б., Скрыбин О. Н., Журн. акуш и женских бол., 2000, N3, с.59-61.
- Майоров М.В., Провизор, 2001, 13.
<http://provisor.kharkov.ua/release.php?code=200113>
- Сметник В.П. Тумилович Л.Г.

Благодарю за внимание

Ahlem Uscinov