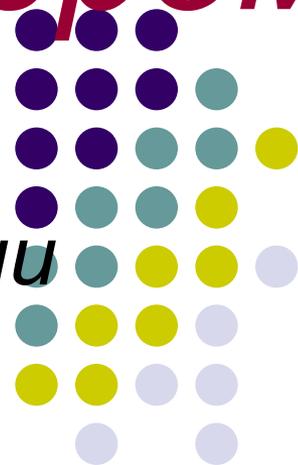


Предменструальный синдром

Клинические лекции



Кыргызская Государственная медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии №1

проф., д.м.н. Мусуралиев М.С.



- **Предменструальным синдромом (ПМС)** называют сложный комплекс психо-эмоциональных и вегето-сосудистых нарушений, возникающих перед наступлением менструации и проходящих сразу после ее начала или в первые дни.
- Частота синдрома варьирует в зависимости от возраста (он встречается у пятой части женщин в возрасте до 30 лет и более чем у половины женщин старше 40 лет).
- Предполагается, что ПМС вызывается высоким уровнем эстрогенов - женских половых гормонов - в последние дни цикла.

- Нарушение функции гипотапамо-гипофизарной системы приводит к изменениям второй фазы цикла (недостаточность гормона желтого тела) и повышенному выделению антидиуретического гормона, что ведет к расстройству функции надпочечников: повышению выделения альдостерона, задержке жидкости в организме, накоплению натрия, обеднению калием.





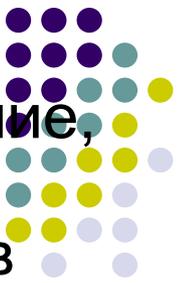
- Лишняя жидкость хранится во всех частях организма и является основной причиной проблем. Жидкость, находящаяся в брюшных органах, вызывает ощущение тяжести, тошноту, рвоту, раздражает пищевой тракт. Та, что находится в тканях, окружающих мозг, вызывает нервные симптомы: раздражительность, нервозность, депрессию.

- Симптомы появляются за 2-10 дней до начала менструации. В зависимости от тяжести ПМС можно выделить три варианта его течения:
 1. симптомы с годами не прогрессируют, появляются во второй половине цикла и с наступлением менструации прекращаются;
 2. симптомы проходят только после прекращения менструации и с годами усиливаются;
 3. симптомы проходят только через несколько дней после окончания менструации, усиливаются с годами.





- Были проведены клинические исследования причин и симптомов предменструальной раздражительности.
- Результаты показали, что большей половине современных женщин свойственна предменструальная раздражительность.



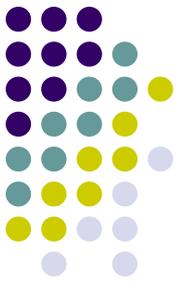
1. **Предменструальная раздражительность** – состояние, происхождение которого не психологическое, а *соматическое*. Оно происходит из-за нарушений в функциях женского организма.
2. ПМС имеет сложный механизм и начинается со сбоя в работе яичников и баланса его гормонов. Из-за этого начинают плохо функционировать все эндокринные железы, а также центральная нервная система.
3. Нарушение эндокринного контроля, повлиявшее на нервную систему, вызывает изменения в психохимическом равновесии организма. Главное из них – задержка жидкости в организме, что означает нарушение баланса между ее приемом и выделением.



90% всех женщин страдают от проявлений предменструального синдрома. Временами почти каждая женщина испытывает неприятные ощущения, связанные с менструацией. Это могут быть болезненные ощущения в груди, подавленность, раздражительность, угри на лице (всего можно насчитать более 150 симптомов). Однако менее чем у 10% женщин эти симптомы сильно выражены. Вот 20 самых распространенных симптомов и процент женщин, страдающих от них:

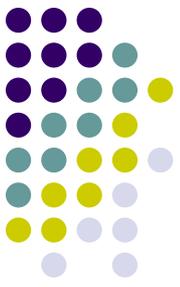
70 - 90 %	60 %	30 - 40 %	1 - 20 %
Беспокойство	Объедание	Пристрастие к сладостям	Путаница в мыслях
Раздражительность	Болезненные ощущения в груди	Головокружения	Плаксивость
Быстрая смена настроения	Задержка жидкости	Утомляемость	Депрессия
Внутренняя напряженность	Увеличение веса	Головная боль	Забывчивость
Повышенный аппетит	Тошнота	Учащенное сердцебиение	Уход в себя

Предменструальный синдром



- Патологический симпт.комплекс, проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями
- «Циклический синдром»
 - Частота: 20% у девочек и женщин в возрасте 19-29 лет
 - До 47% после 30 лет
 - До 55% после 40-49 лет у женщин с регулярным месячным циклом.

- Существует два вида предменструального раздражения:
- **физиологическое и психологическое.** У разных женщин оно отличается по интенсивности. А у одной и той же женщины неодинаково выражается в разные месяцы. Именно поэтому ей, зачастую, трудно понять, что же с ней происходит.



Психологические симптомы

- либо выражаются в легкой депрессии, в виде плохого настроения, либо они настолько сильны, что вызывают полное изменение личности. Женщина беспокоится о том, что в другое время оставило бы ее равнодушной. А почему она это делает, объяснить не может.
- Она становится суетливой, ни на чем не может сосредоточиться, забывает о самых простых вещах, плохо спит.

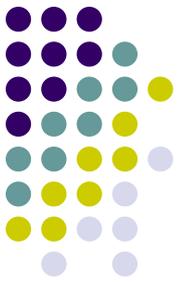


- Физиологически
- она во всем ощущает *дискомфорт*. У некоторых женщин появляются головные боли, ломота в спине.
- В животе ощущается тяжесть, бывают сильные схватки.
- Может возникнуть головокружение и тошнота; опухают ноги, руки, суставы, грудь и живот.
- Иногда в это время женщина набирает вес, так как у нее просыпается «зверский» аппетит.



ПМС часто наблюдается у женщин после родов или абортов, после инфекционных заболеваний, нейроинфекций, после стрессовых ситуаций. У женщин с заболеваниями ЦНС, ССС, ЖКТ, и др.

- **Патогенез:** сложн. н/э изменения,
- колебания уровней в ЦНС С, ДА, аминокислот;
- неполноценность ГГ систем,
- нарушение б/х проц. ↑ пролактин, дефицит п/гандин Е, β-эндорфины,
- относит., абсолютная гиперэстрогения



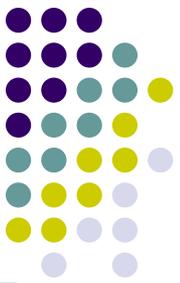
- **Клинические формы:**
 - нервно- психическая
 - Отечная
 - Цефалгическая
 - Кризовая
- Легкая проявл.3-4 с., при значит. выраж. 1-2 с. (за 2-10 дней)
- Тяжелая 5-6 с.,2-5 резко выражен., за 3-14 дней



Стадии ПМС:

- Компенсированная – появляется во II ф., с наступлением М. прекращается
- Субкомпенсированная - с годами усугубляется, прекращается с наступлением менопаузы
- Декомпенсированная форма – ПМС и после М. несколько дней, потом «светлые» промежутки, годами «С» пром. укорачиваются.

Характеристика



Нервно- психическая форма (16-19 лет, 25-34г.)

- Раздраженность, слабость, плаксивость, агрессивность, повышенная чувствительность к звукам и запахам, онемение рук, метеоризм, нагрубание молочных желез.
- *Повышен уровень пролактина и гистамина*

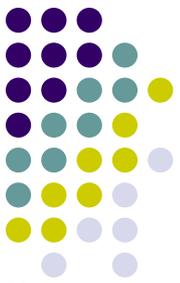


Характеристика

Отечная форма. Нагрубание молочных желез, болезненная отечность лица, головы, пальцев, вздутие живота, раздражительность, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к звукам, запахам, потливость.

- *Снижен уровень прогестерона.*

Характеристика



Цефалгическая форма переходный

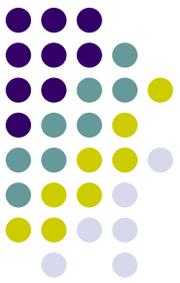
период пре-пуб., пери-клим.)

- Головная боль (пульсирующая, начинается с виска с иррадиацией в глазное яблоко), раздражительность, тошнота, рвота, г.кружение при нормальном АД, ↑чувствит. к запахам, звукам, депессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание м.ж., отеки при (+) диурезе.
- *Повышено содержание С. И гистамина у молодых женщин*
- *В анамнезе травма, у родителей мигрень.*

Кризовая форма. (переходный период)



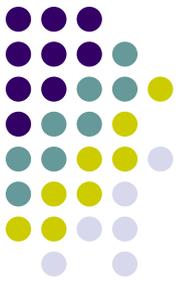
- Симптоматико- адреналовые к.↑АД, чувства сдавления за грудиной, страх смерти с похолоданием и онемением конечностей, с. биение при норм. ЭКГ часто кризис заканчивается с обильным мочеотделением
- *Повышение пролактина и С., гиперфункция коры н/п у женщин старшего возраста.*



Характеристика

Атипичная форма.

- Вегетативно- дисовариальная миокардиодист.;
- Гипертермия, офтальмоплегич., мигрени;
- «циклические» отеки, язвенный гингивит, стоматит;
- «бронхиальная астма», неукротимая рвота, иридоциклит.



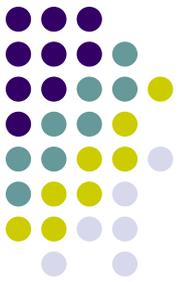
Диагностика

- Циклический характер, патологические симптомы
- Тесты функциональной диагностики
- Определение Пр., E_2 , П в крови в обе фазы

Дополнительно: консультация невропатолога, психиатра.

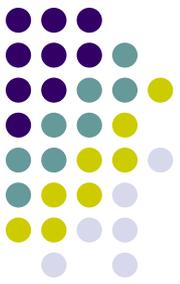
При Н.п ф.: краниография, ЭЭГ

При О.ф.: измерение диуреза в течение 3-4 дней
1/2 ф, маммография, функция почек.



Диагностика

- При Ц.ф.: ЭЭГ, РЭГ сос., R-н черепа, турецкого седла, шеи.
 - Консультация: невропатолога, терапевта, аллерголога, окулиста, гл. дно, поля зрения
- При К.ф.: (+) сут. Диурез, катехоламины в крови, моче и УЗИ надпочечников (дифф. феохромоцитомы)
 - Консультация: терапевта, невропатолога.



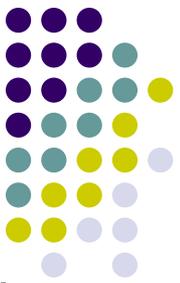
Лечение:

- Накануне предменструального периода следует снизить потребление жидкости и соли.
- В аптеках есть совершенно безопасные простые мочегонные средства и очень легкие успокаивающие препараты (можно просто попить отвар валерианы).
- Кроме того, для метаболизма гормона яичников весной и осенью следует принимать витамин В.

Лечение:



- Общеукрепляющая терапия: лечебная физкультура; поливитамины; транквилизаторы Общеукрепляющая терапия: лечебная физкультура; поливитамины; транквилизаторы (элениум, триоксазин, седуксен по 1 таблетке в день).
- На 15-й день цикла –
 - гипотиазид по 12,5-25 мг в день,
 - спиронолактон (верошпирон, альдактон) по 0,05 г в день
 - или другие диуретики (диакарб по 0,125-0,25 г в день),
 - а также 10% раствор ацетата калия по 1 столовой ложке 4 раза в день
 - или оротат калия по 0,25-0,5 г 2 раза в день.
- Обязательные компоненты лечения - бессолевая диета, уменьшение приема жидкости, употребление калийсодержащих продуктов (изюм, курага, капуста, картофель).



Лечение:

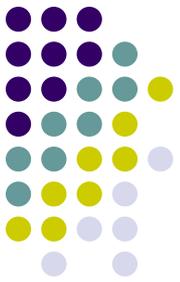
- Коррекция функции яичников: за 10 дней до менструации введение по 10 мг [прогестерона](#) Коррекция функции яичников: за 10 дней до менструации введение по 10 мг прогестерона или по 30 мг [прегнина](#) Коррекция функции яичников: за 10 дней до менструации введение по 10 мг прогестерона или по 30 мг прегнина ежедневно; иногда можно применять комбинированные эстрогеногестагены (бисекурин, [нон-овлон](#)) с 5-го по 26-й день цикла.

Лечение:



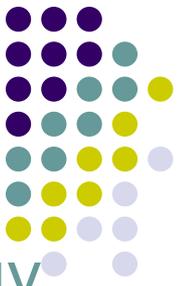
- При выраженных психических проявлениях, возникающих перед менструацией у психически здоровых женщин, необходима определенная психотерапевтическая коррекция, а также применение небольших доз психотропных препаратов.
- При повышении возбудимости, раздражительности, плаксивости – транквилизаторов (тазепам,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

Лечение:



- При сильной слабости, вялости, нежелании что-либо делать - ноотропил по 1-2 капсулы утром и днем или биогенные стимуляторы (женьшень, китайский лимонник, заманиха, левзея, пантокрин по 25-30 капель утром).
- В более сложных случаях рекомендуется консультация психиатра.

Лечение:



- Больше движения. Точно не установлено, почему физические упражнения помогают при предменструальном синдроме, но они на самом деле помогают.
- Многие специалисты считают, что дело в увеличении выработки эндорфинов, которые являются естественными опиатами, вырабатываемыми в организме, отсюда берется чувство удовлетворения, которое приходит после физических занятий.
- Самоконтроль.

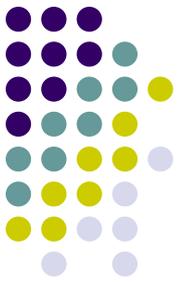


- **Что есть:** *Сложные углеводы - крупы, хлеб, картофель.*
- **Что ограничить:** *Белки - мясные продукты, молочные продукты.*
- **Каких продуктов следует избегать:**
сахар - в конфетах, пирожных; кофеин - в кофе, чае и напитках, содержащих колу; жирную пищу - чипсы, жареные блюда, шоколад; алкоголь; соль (если вы предрасположены к отекам).

Лечение:



- Хороший эффект дает применение некоторых приемов восточного массажа.
- Восточный массаж - это один из видов рефлексотерапии, основанный на воздействии на активные точки. Необходимо сильно надавливать пальцем на указанные точки несколько раз, не вызывая при этом появления болевых ощущений.
- Ароматерапия -это воздействие определенных запахов (эфирных масел) с целью изменения состояния организма и получения лечебного эффекта. При предменструальном синдроме следует принимать ежедневные ванны, добавляя в воду по две капли эфирных масел: ромашки, розмарина, лаванды и четыре капли эфирного масла лимона.
- Также можно перед сном капнуть несколько капель эфирных масел ромашки, лаванды, розы, жасмина на электрическую лампочку и включить ее. Лампочка должна быть небольшой мощности (20 Вт) так как при высокой температуре качество и действие аромата изменяется.



Посткастрационный синдром

Посткастрационный синдром

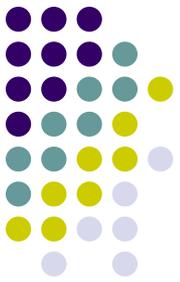


- - комплекс нервно- психических, вегетососудистых, обменно- эндокринных симптомов, наблюдающихся после тотальной овариоэктомии.
- Частота 60-80 % оперированных женщин.

Генез: повышение секреции ГТГ на хирургическое выключение обратной связи между ГТГ и половыми стероидами

Посткастрационный синдром

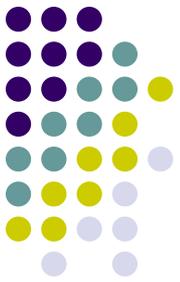
Клиника:



- Возникают ч/з 2-3 недели после овариоэктомии и достигают полного развития спустя 2-3 месяца и более.
- В первые 2 года после операции преобладают
 - Нейровегетативные нарушения -72,8 %
 - Психозэмоциональные расстройства – 16 %
 - Обменно- эндокринные – 11,2 %

Посткастрационный синдром

Клиника:



- Дефицит Э → прогрессир. Г- зависимые заболевания и сердечно-сосудистые заболевания: гипертензия, ИБС, дисгорм. Кардиопатия, атрофический колпит, цистальгия, ожирение, гепатохолецистит, остеопороз и др.

Лечение:

Комплексное, негормональное

Гормональное (заместительное)



Климактерический синдром

Климактерический синдром

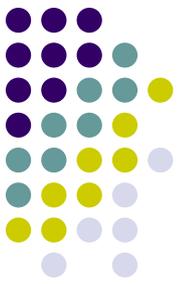


Частота 26-48 %

Генез: Влияние неблагоприятных факторов в переходном периоде на фоне возрастной перестройки.

Комплексной вегет.- гуморально-гормональной с. Уже имеющейся патологии гипоталамической области.

Клиника:

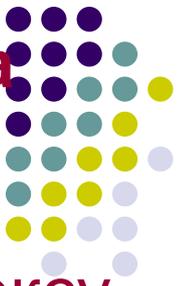


- **Нейровегетативные:** ↑ АД, приступы тахикардии «приливы»
- **Обменно-эндокринные:** ожирение, СД, дисгормональная гиперплазия МЖ
- **Психоэмоциональные:** утомление, осложнение памяти, навязчивые мысли

Климактерическое расстройство:

- **Ранние:** климактерический с. 40-60 %
- **Средневрем.:** урогенитальные расстр-ва 50-70 %
- **Поздние:** остеопороз 25-40 %, серд.-сосуд.зab. более 50 %

Симптоматический комплекс КС разделяется на три группы:



Оценка в баллах- от 0-3 по менопаузальному индексу –МИ

(Куппермана в модификац. Уваровой)

I. гр.: Н-В – МИ до 10б отсутст. проявл. КС

Легкая : 10-20 б

Средн.: 20-30 б

Тяж.: 30 и более

II. Гр.: обменно-эндокр.

III. Гр.: п.эмоц. Оценка однотипно:

Легкая : 1-7 б

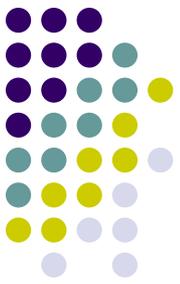
Средн.:и 8-14 б

Тяж.: 15 и более

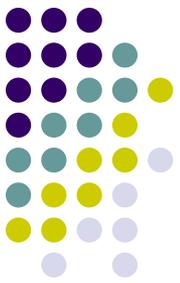


Частота характерных симптомов КС

- «Приливы» – 90,7%
- Гипергидроз - 81%
- Изменения АД – 55,7%
- Головная боль – 48,3 %
- Нарушения сна – 28,6 %
- Раздражительность и депрессия – 26,2 %
- Боли в обл. сердца – 24,7 %
- Общая слабость и снижение работоспособности – 22,8 %
- Озноб – 11,4 %
- Симпатико – адреналовые кризы – 10,6 %



- У 34 % КС на фоне заболевания ЖКТ: гепатохолецистит, ЖКБ, хр.колит, язв. болезнь желудка и 12 п.к.
- У 1/3 КС на фоне ГБ и атеросклерозом. Частота осложненных форм- 54 % (КС↔ЭГЗ)
 - Учащаются кризы при ГБ (51%)
 - Декомп. СД (10%)
 - Приступы ЖКБ и МКБ (31 % и более)



- Приступы головной боли,
- пароксизм. ↑ АД, тахикардия, вегетативные р-во «сосуд. ожерелье», гипотензия,
- вагоинсулярные кризы, приступы психо-эмоц. р-ва.
- Инфаркт миокарда, ИБС, нарушение сверт. системы.
- Астеновегет. с .- 13%
- Депрессия – 10%

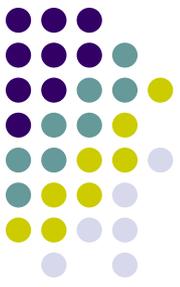
У 13% КС протекает атипично:

«кризовая» форма ПМС

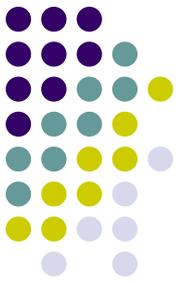
Климактерическая миокардиодистрофия (норм.ЭКГ)

ВНС активация симпатикоадреналовой системы,
→гипертензия «приливы»

Преобладание парасимп.: вагоинсулярные кризы по типу обморочн. сост., «приливы» с ощущ. «замиранием» сердца, головокружение, резкая слабость.



- Гипер.прл. – КС с симп. адрен. криз (резерпин, обзидан, стугерон, белоид)
 - ↑ АКТГ – КС с хрон. ИБС , ГБ
 - **Лечение:**
 - 1 этап: немедикаментозная
 - 2 этап: мед. негормональная
 - 3 этап: гормональная терапия – эстрогены заместит. горм. терапия- 3 мес. в циклическом режиме не менее 3х лет.
- II профилактика инфаркта миокарда



Послеродовое ожирение

Послеродовое ожирение



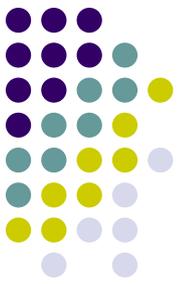
- Послеродовое ожирение - нарушение м. функции на фоне увеличения м. тела после беременности и родов.
- Послеродовый нейроэндокринный синдром (ПНЭС) В.Н. Серов, 70 4-5 % (п. кровотечение, опер.вмеш., избыт. м. тела)
- Патогенез: функциональная лабильность гипотал. надгипотал. стр. повышение АКТГ и кортизола (диабетон возд.) пролактина, уровн. инсулина, тестостеорна.

Клиника:

А. Эндокринные метаболические нарушения:

- Ожирение (м/рост инд. выше 30г) в теч.3-12 мес.
- Ановуляторная гипофункция яичников
- Умеренный гипертрихоз
- Транзиторная гипертензия, м.б. ГБ
- Гипергликемия м.б. СД





Б. Гипоталамические (диэнцефальные) нарушения:

- Головная боль
- Быстрая утомляемость
- Полиурия, полидипсия, полифагия
- Гипертермия
- Признаки гиперандрогении: себорея, угри

В. Вид типичный:

Увеличение окружности грудной клетки, м/верт. р. таза
(кушнгоидн. распред. жира)

Г. НМЦ, по типу олигоменореи – бесплодие

- Ациклические мат. кровотечения 10-12 %
- ЖКГЭ – 40%
- Рецидивирующее ЖКГЭ – 8%
- Атипичная гиперплазия энд. – 22%
- Фиброзно – кистозная мастопатия – 22%

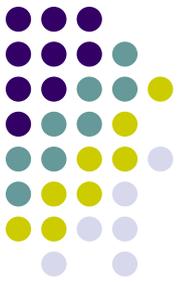
Лапароскопия:

А. неувелич. со сглаженн. капсул. б/овуляц. и желт. Тела

Б. увелич. округл. (4х3см) я. с гладк. поверхн. утолщен.
белесов. капсул., множеств. кист (2-4мм) (II ПКЯ
гипоталам. генеза)



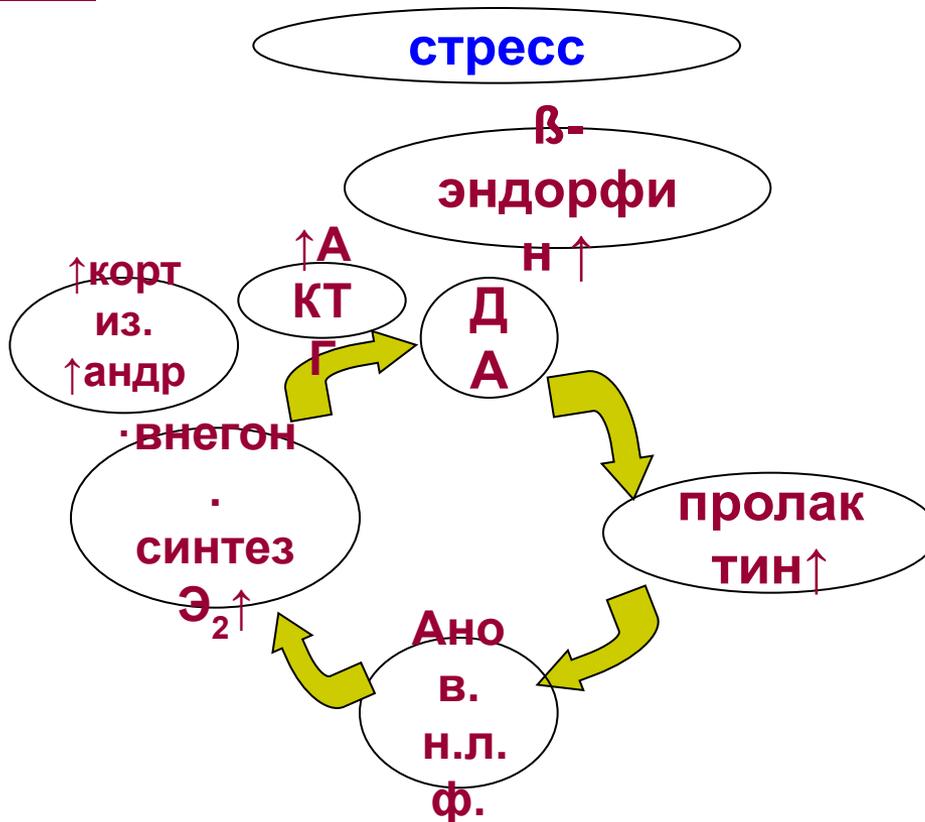
НЭС, не связанный с беременностью и ожирением:



- С нарушением полового созревания – пубертатн. базофилизм (гипоталам. с. пер. созревания)

После стресса

Патогенез:





Патогенез:

После нейроинфекций

Образование и ритм секреции РГ-АКТГ РГЛГ и нейротансмитт (ДА, С, эндорф.)

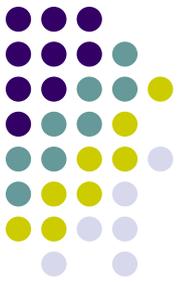
Относительн. гиперэстр., абсол. гипопрог. Гиперкортицизм

Клиника:

Как ПНЭС

НМЦ, ановуляция, I бесплодия, ПКЯ, ожирение, гипертрихоз,
гипертензия → ГБ,
гипергликемия → СД,

Диэнцефальные: полиурия, полидипсия, нарушение сна, t↑.



Лечение:

- Снижение массы тела
- Восстановление овуляторных м.ц. без стимуляторов овуляции
- На фоне стимуляторов овуляции
- Беременность как показатель репродуктивной функции

Регуляторы нейромедиаторн. обмен.:
хлоракон, дифенин, парлодел.