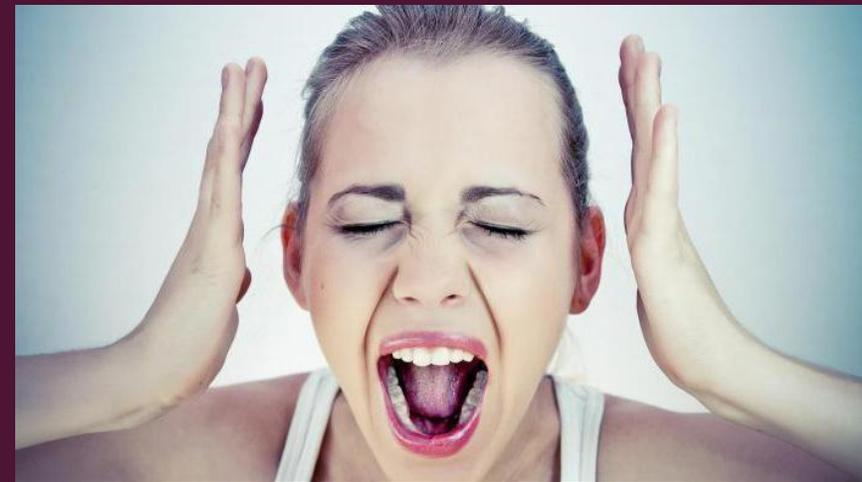


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ



# ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОЕ ДИСФОРМИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

ВЫПОЛНИЛА: ПУРБУЕВА ВАСИЛИСА СТУДЕНТКА 603  
ГРУППЫ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА



# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- ПМДР — наиболее тяжелая форма ПМС, которая характеризуется тяжелыми симптомами, возникающими за неделю до каждого менструального периода и разрешающимися в течение недели после менструации, общей длительностью не менее **1** года.

ЯНВАРЬ			ФЕВРАЛЬ			МАРТ			АПРЕЛЬ			МАЙ		
пн	2	9 16 23 30	пн	6 13 20 27	пн	6 13 20 27	пн	3 10 17 24	пн	1	8 15 22 29			
вт	3 10 17 24 31	вт	7 14 21 28	вт	7 14 21 28	вт	4 11 18 25	вт	2	9 16 23 30				
ср	4 11 18 25	ср	1 8 15 22	ср	1 8 15 22 29	ср	5 12 19 26	ср	3 10 17 24 31					
чт	5 12 19 26	чт	2 9 16 23	чт	2 9 16 23 30	чт	6 13 20 27	чт	4 11 18 25					
пт	6 13 20 27	пт	3 10 17 24	пт	3 10 17 24 31	пт	7 14 21 28	пт	5 12 19 26					
сб	7 14 21 28	сб	4 11 18 25	сб	4 11 18 25	сб	1 8 15 22 29	сб	6 13 20 27					
вс	1 8 15 22 29	вс	5 12 19 26	вс	5 12 19 26	вс	2 9 16 23 30	вс	7 14 21 28					

ИЮНЬ			ИЮЛЬ			АВГУСТ			СЕНТЯБРЬ			ОКТЯБРЬ		
пн	5 12 19 26	пн	3 10 17 24 31	пн	7 14 21 28	пн	4 11 18 25	пн	2 9 16 23 30					
вт	6 13 20 27	вт	4 11 18 25	вт	1 8 15 22 29	вт	5 12 19 26	вт	3 10 17 24 31					
ср	7 14 21 28	ср	5 12 19 26	ср	2 9 16 23 30	ср	6 13 20 27	ср	4 11 18 25					
чт	1 8 15 22 29	чт	6 13 20 27	чт	3 10 17 24 31	чт	7 14 21 28	чт	5 12 19 26					
пт	2 9 16 23 30	пт	7 14 21 28	пт	4 11 18 25	пт	1 8 15 22 29	пт	6 13 20 27					
сб	3 10 17 24	сб	1 8 15 22 29	сб	5 12 19 26	сб	2 9 16 23 30	сб	7 14 21 28					
вс	4 11 18 25	вс	2 9 16 23 30	вс	6 13 20 27	вс	3 10 17 24	вс	1 8 15 22 29					

НОЯБРЬ			ДЕКАБРЬ		
пн	6 13 20 27	пн	4 11 18 25		
вт	7 14 21 28	вт	5 12 19 26		
ср	1 8 15 22 29	ср	6 13 20 27		
чт	2 9 16 23 30	чт	7 14 21 28		
пт	3 10 17 24	пт	1 8 15 22 29		
сб	4 11 18 25	сб	2 9 16 23 30		
вс	5 12 19 26	вс	3 10 17 24 31		

2017



# ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

- Гален (II век н.э.) - который сообщал о связи болезненного состояния женщин накануне циклических кровотечений с фазами Луны .
- 1931 г. R. Frank (США) - «синдром предменструального напряжения».
- Диагностическое и статистическое руководство (DSM) версии III-R в 1980 г. как «дисфорическое расстройство поздней лютеиновой фазы».
- 1998 г. в США - тяжелая форма ПМС — ПМДР — определенная клиническая целостность.
- 1999 г. Консультативный комитет по нейрофармакологии FDA поддержал эту концепцию.
- 2013 г. ПМДР официально был включен в DSM-5 в раздел психических расстройств. При этом многие эксперты в Европе до сих пор подвергают сомнениям целостность концепции ПМДР.

# ЭТИОЛОГИЯ

Психосоциальная гипотеза	Когнитивная теория и теория социального научения	Социокультуральная теория
<p>ПМС является осознаваемой манифестацией женского бессознательного конфликта женственности и материнства: предменструальные изменения напоминают женщине, что она не беременна и поэтому не выполняет ее традиционную женскую роль.</p>	<p>Начало менструации — это нежеланное психологическое событие для женщин, восприимчивых к ПМДР. Эти женщины имеют негативные и экстремальные мысли, которые в дальнейшем подкрепляют нежелательность предменструальных симптомов. Пациентки с ПМДР развивают неадаптивные копинг-стратегии (такие как лабильность настроения, отстранение от работы или учебы, переедание) в попытках снизить сиюминутный стресс. Сиюминутное снижение стресса действует как подкрепление, приводящее к регулярному повторению симптомов, возникающих в предменструальном периоде</p>	<p>ПМДР — результат конфликта противоречивых ожиданий общества от женщины, которые предъявляются ей одновременно: продуктивного работника и рожавшей матери. При этом ПМДР является приемлемым для нашей культуры проявлением неудовлетворенности женщин традиционной женской ролью в обществе.</p>

# ФАКТОРЫ РИСКА

- **Наследственная отягощенность: монозиготные близнецы пациенток в два раза чаще страдают ПМС, чем dizиготные. Аналогично, дочери матерей с ПМС имеют на 70% более высокий риск развития ПМС, чем дочери матерей без ПМС. Имеются данные о роли конкретных вариантов генов, кодирующих рецепторы серотонина и эстрогенов**
- **Большое депрессивное расстройство в анамнезе**
- **Аффективное расстройство в семейном анамнезе.**
- **Сексуальное насилие в анамнезе, имеющееся в прошлом или настоящем, домашнее насилие.**
- **Ожирение**
- **Курение , употребление алкоголя.**
- **Стресс**
- **Дефицит отдельных микронутриентов. Тиамин, рибофлавин, ниацин, пиридоксин, фолаты и цианокобаламин вовлечены в различные механизмы биосинтеза нейротрансмиттеров, которые, возможно, участвуют в патофизиологии ПМС.**

## КРИТЕРИИ ПМДР В DSM-5

- 5 симптомов должны присутствовать в течение последней недели до начала менструации, начинать ослабевать в течение нескольких дней после начала менструации и становиться минимально выраженными или исчезать в течение недели после менструации.
- Выраженная эмоциональная лабильность (например, колебания настроения; внезапное чувство печали, либо плаксивость, либо повышенная чувствительность к отвержению); выраженная раздражительность или гнев, или усиление межличностных конфликтов; явно угнетенное настроение, чувство безнадежности или идеи самоуничтожения; заметная тревога, напряженное состояние, ощущение взвинченности, состояние «на пределе»

## КРИТЕРИИ ПМДР В DSM-5

- Снижение интереса к обычным занятиям (например, работа, учеба, общение с друзьями, хобби); субъективное ощущение трудности концентрировать внимание; вялость, быстрая утомляемость или заметный дефицит энергии; выраженное изменение аппетита, переедание или влечение к особой пище; патологическая сонливость или бессонница; субъективное чувство потрясения или потери контроля; физические симптомы, такие как болезненность или припухлость молочных желез, головная боль, боли в суставах или мышцах, ощущение вздутия живота, увеличение массы тела.

Перечисленные симптомы должны присутствовать в большинстве менструальных циклов в предшествующем году.

# КРИТЕРИИ ПМДР В DSM-5

- Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или заметно мешают выполнять работу, учиться, заниматься обычной социальной деятельностью или поддерживать отношения с другими (например, избегание различных видов социальной деятельности, снижение продуктивности и эффективности на работе, учебе и дома).
- Расстройство не является обострением симптомов другого заболевания, такого как большое депрессивное расстройство, паническое расстройство, стойкое депрессивное расстройство (дистимия) или расстройство личности (хотя оно может иметься одновременно с любым из них).
- Первый критерий (№1) должен быть подтвержден перспективными ежедневными оценками в течение, по крайней мере, двух циклов, сопровождающихся симптомами.
- Симптомы не связаны с физиологическими последствиями приема психоактивных веществ (ПАВ) или с наличием другого медицинского состояния

- **Подтверждения субъективного отчета о симптомах ежедневными перспективными дневниками. Пациентка должна вести дневник в течение 2—3 менструальных циклов, в котором она отмечает жалобы и интенсивность их проявлений.**



- 
- **24-пунктовая Ежедневная запись тяжести проблем (Daily Record of Severity of Problems, далее DRSP), включающая все симптомы из критериев диагностики DSM, используется в большинстве современных публикаций .**

# РЕЗУЛЬТАТЫ

- Шкала от 1 до 6: 1 = вовсе нет, 2 = минимальный, 3 = умеренный, 4 = выше среднего, 5 = тяжелый, 6 = крайне тяжелый.
- Добавьте оценки в колонку в первый день менструации.
- Если общий балл меньше 50, рассмотрите диагноз, отличный от предменструального синдрома.
- Если общий балл больше 50, оценивают два цикла подряд.
- Если более трех показателей имеют средний балл более 3 (умеренный) во время лютеиновой фазы, добавьте пятидневные интервалы во время лютеиновой и фолликулярной фаз. Оценка лютеиновой фазы, которая на 30% больше фолликулярной фазы указывает на диагноз предменструального синдрома.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Не существует лабораторных (гематологических, биохимических или гормональных) тестов, подтверждающих диагноз ПМС.
- Исследования не показали достоверных различий со здоровыми женщинами в уровне циклических гормонов.
- Наиболее часто встречающиеся физические симптомы ПМДР — болезненность молочных желез и чувство переполнения (вздутия живота) — позволяют дифференцировать его с большим депрессивным расстройством. Необходимо исключить органические синдромы с проявлениями, похожими на ПМДР, такие как нарушения функции щитовидной железы, анемия, климактерический синдром. При этом могут оказаться полезными исследование функции щитовидной железы, полный анализ крови и анализ уровня фолликулостимулирующего гормона (далее ФСГ).

## ЛЕЧЕНИЕ. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ.

- Существуют убедительные доказательства в поддержку использования селективных ингибиторов захвата серотонина (СИОЗС) для снижения симптомов ПМДР:
- Их эффективность продемонстрирована в десятках РКИ . В Кокрановских систематических обзорах (2009 г. — 2294 женщины; 2013 г. — 31 РКИ и 4372 женщины с клинически диагностированным ПМДР) выявлено, что СИОЗС высокоэффективны в лечении физических , функциональных и поведенческих, в том числе раздражительности, предменструальных симптомов.
- Авторы заключают, что доказательная база подтверждает эффективность СИОЗС при тяжелом ПМС, в связи с чем они рекомендованы в качестве терапии первой линии, когда оправдана фармакотерапия, и признаются наиболее эффективной терапевтической стратегией при ПМДР.

- 
- **Быстрое наступление эффекта при ПМС позволяет использовать прерывистые режимы дозирования СИОЗС.**
  - **1) постоянный: СИОЗС принимается ежедневно в течение всего менструального цикла;**
  - **2) лютеиновый (прерывистый): препарат используется только во время лютеиновой фазы цикла;**
  - **3) полупрерывистый: прием каждый день, но с меньшими дозами препарата на время фолликулярной фазы и более высокими дозами на время лютеиновой фазы;**
  - **4) по требованию: женщина принимает препарат с момента возникновения симптомов до начала менструации.**

**Избегание постоянного приема СИОЗС снижает риск побочных эффектов (Т. Pearlstein, 2002).**

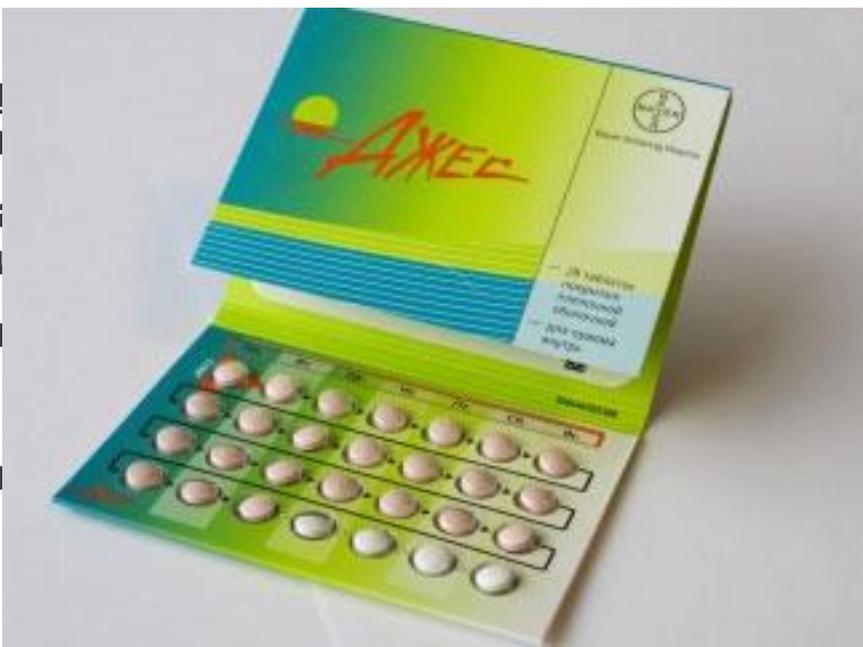


- Флуоксетин, пароксетин замедленного высвобождения и сертралин — единственные СИОЗС, одобренные FDA для лечения ПМДР.
- Однако Кокрановский обзор (2009) продемонстрировал, что все СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам), а также трициклический антидепрессант кломипрамин эффективны в снижении предменструальных симптомов, а метаанализ (2008), включивший приблизительно 3000 женщин, продемонстрировал, что ни один СИОЗС не проявил себя как более эффективный, чем другие.
- Мало исследований, чтобы определить, какой препарат существенно более эффективный.



# ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- Хорошо исследованы при ПМДР только КОК, содержащие дроспирин (у женщин) заключенный в комплекс с этинилдиэногеном. Эффективен препарат КОК после 3 месяцев лечения симптомов.
- В системе сочетания с этинилдиэногеном (в препарате «Джес плюс»), формы и дозы данного



Этинилдиэноген (у женщин) заключенный в комплекс с этинилдиэногеном. Эффективен препарат КОК после 3 месяцев лечения симптомов.

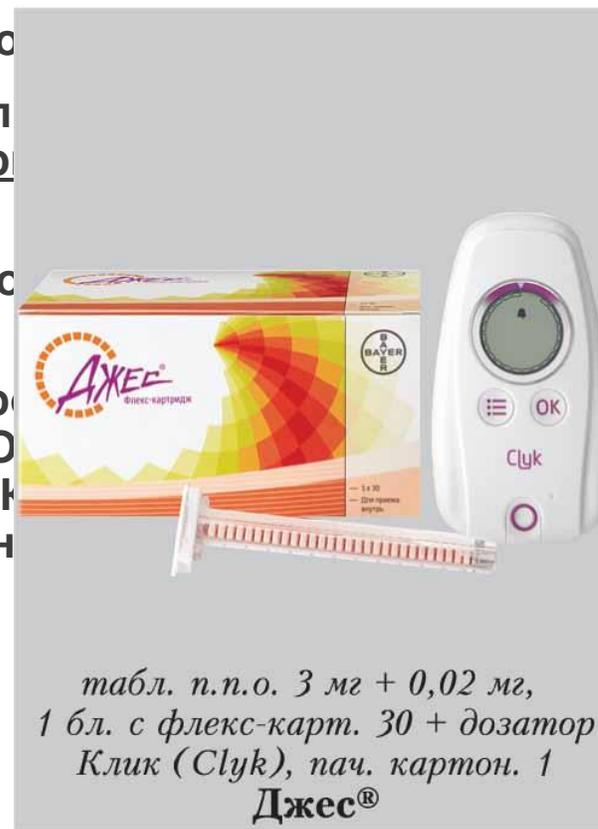


табл. п.п.о. 3 мг + 0,02 мг,  
1 бл. с флекс-карт. 30 + дозатор  
Клик (Clyk), пач. картон. 1  
**Джес®**

трогенов.  
мг в  
остаётся  
паратов.  
ые уже  
и  
ес  
келой  
пии

## ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ

Имеются отдельные исследования о положительном эффекте :

- бромокриптина в облегчении чувствительности молочных желез ,
- диуретиков (спиронолактона, метолазона ) в отношении задержки жидкости,
- ацетазоламида (диакарба) при ПМДР, резистентном к психофармакотерапии ,
- нестероидных противовоспалительных средств (НПВС, мефенаминовой кислоты, напроксена натрия) для облегчения болевых и физических симптомов,
- β-блокаторов (атенолола и пропранолола) в отношении раздражительности.

Спасибо за внимание!

Будьте счастливы!

