

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ. ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Методичні рекомендації
для здобувачів вищої медичної освіти з дисципліни
«Акушерство та гінекологія»

Харків – 2024

Рецензенти:

І. В. Лахно – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 3 ХНМУ;

О. В. Грищенко – доктор медичних наук, професор кафедри загальної практики – сімейної медицини медичного факультету ХНУ імені В. Н. Каразіна.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 4 від 23 січня 2024 року)*

Порушення менструальної функції. Передменструальний синдром : методичні рекомендації для здобувачів вищої медичної освіти з дисципліни «Акушерство та гінекологія» / уклад. В. С. Страховецький, О. В. Головіна, Т. О. Козуб, А. Т. Овчаренко. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2024. – 20 с.

Методичні рекомендації містять перелік теоретичних питань з даної теми для самостійної підготовки студентів до практичного заняття, список рекомендованої та додаткової літератури, а також приклад тестових завдань.

Дані рекомендації можуть бути використані для підготовки студентів 5, 6 курсів, інтернів та лікарів.

УДК 618.173 (072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2024

© Страховецький В. С., Головіна О. В., Козуб Т. О., Овчаренко А. Т., уклад., 2024

© Дончик І. М., макет обкладинки, 2024

Зміст

Перелік умовних скорочень	4
Вступ	5
Розділ I. Етіологія, патогенез, класифікація, фактори ризику розвитку передменструального синдрому	6
1. Фактори ризику розвитку передменструального синдрому	6
2. Класифікація ПМС (консенсус ISPMD)	7
Розділ II. Клініка, діагностика, лікування.....	8
1. Анамнез	9
2. Фізикальний огляд.....	9
3. Лабораторна діагностика	9
4. Формулювання діагнозу	10
5. Диференційна діагностика.....	10
6. Лікування	12
Додаток 1	16
Тестові питання	17
Перелік рекомендованої літератури	18

Перелік умовних скорочень

ВШ – відношення шансів
ГнРГ – гонадотропін-рилізинг-гормон
ДІ – довірчий інтервал
ДПТ – діалектична поведінкова терапія
ЕЕ – етинілестрадіол
ІЗЗСН – інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну
ІМТ – індекс маси тіла
КГТ – комбінована гормональна терапія
КОК – комбіновані оральні контрацептиви
КПТ – когнітивно-поведінкова терапія
ЛНГ-ВМС – внутрішньоматкова система з левоноргестрелом
МЩКТ – мінеральна щільність кісткової тканини
ПМДР – передменструальний дисфоричний розлад
ПМЗ – передменструальне загострення
ПМР – передменструальні розлади
ПМС – передменструальний синдром
РКД – рандомізоване контрольоване дослідження
СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
ТГ ДСО – тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгооваріоектомією
ЩС – щоденник симптомів
DRSP (англ. Daily Record of Severity of Problems) – щоденні спостереження щодо серйозності проблем
ISPMD (англ. International Society for Premenstrual Disorders) – Міжнародне товариство з питань передменструальних розладів
RCOG (англ. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) – Королівська колегія акушерів та гінекологів

Вступ

Передменструальний синдром (ПМС) – це стан, що проявляється тяжкими фізичними, поведінковими та психологічними симптомами, не обумовлений органічним або основним психіатричним захворюванням. Симптоми регулярно повторюються під час лютеїнової фази кожного менструального циклу і зникають або значно регресують до кінця менструації.

Згідно з різними дослідженнями щодо поширеності ПМС, його частота значно варіює в залежності від методології та інструментів оцінювання, що використовуються. Загалом до 90 % жінок репродуктивного віку мають кілька передменструальних симптомів, що варіюють від легких до тяжких; ці симптоми можуть призвести до руйнування міжособистісних стосунків та впливають на повсякденну діяльність. Близько 20–40 % пацієток страждають на ПМС, а 2–8 % жінок мають один з найбільш тяжких варіантів – передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР). Частота передменструального синдрому залежить від віку: чим він вищий, тим частіший ПМС, від 25 до 90 %. У віці від 19 до 29 років ПМС спостерігається у 20 % жінок, після 30 років синдром зустрічається приблизно у кожної другої. Після 40 років частота сягає 55 %. Були також зареєстровані випадки ПМС у дівчат одразу по настанню менархе. У той же час, поширеність цього синдрому різниться між культурами та етнічними групами.

Саме через значну поширеність цього захворювання серед українських жінок репродуктивного віку, широкий спектр психологічних та фізичних симптомів, питання діагностики та лікування передменструального синдрому є дуже актуальними.

РОЗДІЛ I. Етіологія, патогенез, класифікація, фактори ризику розвитку ПМС

Симптоми ПМС можуть з'явитися в будь-який час після менархе, але, як правило, після 20 років, і зазвичай, без лікування продовжуються протягом усього репродуктивного періоду. Деякі жінки відчувають більш тяжкі симптоми в пізньому репродуктивному віці, а жінки з передменструальними розладами мають більш високий ризик розвитку розладів настрою під час менопаузального переходу. ПМС повністю зникає після менопаузи та тимчасово – протягом вагітності або під час будь-якого порушення овуляції.

На сьогодні етіопатогенетичні механізми синдрому вивчені недостатньо. Етіологія пов'язана з оваріальним гормональним циклом, що підкріплюється відсутністю ПМС до настання статевого дозрівання, під час вагітності та у постменопаузі.

Існує ряд гіпотез, що пояснюють появу симптоматики ПМС, проте наразі чіткого патофізіологічного і біохімічного обґрунтування її виникнення немає. Нині вченими розглядаються декілька теорій етіології передменструального синдрому^[12]:

- гормональна гіпотеза;
- алергічна гіпотеза;
- теорія «водної інтоксикації»;
- теорія гіперадренкортикальної активності і збільшення альдостерону;
- теорія психосоматичних порушень.

В даний час переважають дві теорії, які є взаємопов'язаними. Перша припускає, що деякі жінки є «чутливими» до прогестерону та прогестагенів, оскільки концентрації естрогенів та прогестерону в сироватці крові у жінок, які мають або не мають ПМС, є однаковими. Друга теорія пов'язана з нейромедіаторами серотоніном та гамма-аміномасляною кислотою (ГАМК). Рецептори серотоніну реагують на естрогени та прогестерон, а СІЗЗС зменшують симптоми ПМС. Рівні ГАМК модулюються метаболітом прогестерону алопрегнанолоном, а у жінок з ПМС рівень алопрегнанолону знижений.

1. Фактори ризику розвитку передменструального синдрому

Виділяються наступні основні фактори ризику розвитку передменструального синдрому:

- європеїдна раса;
- проживання у великих містах;
- заняття розумовою працею;
- стреси та депресії;
- часті вагітності або, навпаки, їх відсутність;

- викидні чи аборти;
- токсикоз вагітних;
- наявність побічних ефектів при прийомі комбінованих оральних контрацептивів;
- гінекологічні операції;
- запальні захворювання органів статеві системи;
- генітальний кандидоз;
- черепно-мозкові травми;
- нейроінфекції;
- інші нейроендокринні захворювання;
- недостатня фізична активність;
- незбалансоване харчування;
- запальні процеси: симптоми ПМС вираженіші, якщо в крові жінки більше С-реактивного білка (HS-CRP), рівень якого зростає при запаленнях.

Фактори навколишнього середовища та генетичні фактори відіграють певну роль у розвитку передменструальних симптомів. Попередні дані свідчать про те, що ризик ПМС і ПМДР пов'язаний з генетичними варіаціями ESR1, гена альфарецептора естрогену. Інші можливі фактори ризику розвитку ПМС та ПМДР включають низький рівень освіти, куріння та травматичні події або тривожний розлад в анамнезі.

2. Класифікація ПМС (консенсус ISPMD)

Основний передменструальний розлад (ПМР) – це найпоширеніший та загально визнаний тип ПМС.

Крім того, існують також ПМР, які не відповідають критеріям основного ПМР.

Їх називають «варіантними» ПМР і виділяють чотири підтипи.

1. «Передменструальне загострення фонового захворювання» (ПМЗ), такого як цукровий діабет, депресія, епілепсія, бронхіальна астма та мігрень. Такі пацієнтки будуть відчувати симптоми, характерні для їхнього фонового захворювання, протягом усього менструального циклу.

2. Неовуляторний ПМР виникає за наявності активності яєчників без овуляції. Він не до кінця вивчений через відсутність доказів, але вважається, що фолікулярна активність яєчника здатна викликати симптоми.

3. «Прогестаген-індукований ПМР» спричинений екзогенними прогестагенами, присутніми в гормональній терапії та КОК. Симптоми можуть відновлюватися у жінок, які є особливо чутливими до прогестагенів. Незважаючи на те, що контрацептиви, які містять лише прогестаген, можуть викликати симптоми, оскільки вони не є циклічними, вони не належать до варіантних ПМР і вважаються побічними ефектами (можливо, зі схожими механізмами дії) безперервної терапії прогестагеном.

4. «ПМР з відсутністю менструацій» спостерігається у жінок, у яких є оваріальний цикл, але відсутня менструація з таких причин, як гістеректомія, абляція ендометрія або використання ЛНГ-ВМС. Передменструальний дисфоричний розлад є більш тяжким варіантом ПМС. На додаток до фізичних симптомів, виникає щонайменше один афективний, такий як гнів, дратівливість та/або внутрішня напруга, протягом лютеїнової фази менструального циклу, а іноді – ще у перші кілька днів менструації, однак після менструації симптоми зменшуються і зникають.

Додатковий термін «передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР)» виділений Американською асоціацією психіатрів у 1994 р. І вимагає дотримання суворих критеріїв. Згідно з Посібником з діагностики і статистики психічних розладів (DSM-V), необхідна наявність п'яти з 11 вказаних симптомів, одним з яких має бути настрій. Симптоми повинні виникати строго під час лютеїнової фази і бути досить сильними, щоб порушувати повсякденну життєдіяльність. Однак ці обмежувальні критерії допоможуть виділити жінок з вузьким діапазоном тяжких симптомів, які мають отримувати лікування. Необхідно слідкувати за тим, щоб не віднести жінок з фоновими психічними або соматичними розладами, які ймовірно не залежать від менструального циклу, до категорії жінок з ПМС.

РОЗДІЛ II. Клініка, діагностика, лікування

Передменструальний синдром охоплює широкий спектр психологічних симптомів, таких як депресія, тривога, дратівливість, втрата впевненості та перепади настрою. Присутні також фізичні симптоми, як правило, здуття живота та масталгія. ПМС не обумовлений органічним або основним психічним захворюванням, симптоми регулярно повторюються під час лютеїнової фази кожного менструального циклу і зникають або значно регресують до кінця менструації. Діагноз ПМС підтверджується скоріше часом виникнення, а не типом симптомів, та ступенем їхнього впливу на повсякденну діяльність. Характер симптомів у окремої пацієнтки не впливає на діагноз. Для того, щоб відрізнити фізіологічні менструальні симптоми від ПМС, слід довести, що ці симптоми викликають у жінки значні розлади під час лютеїнової фази менструального циклу. Для встановлення клінічного діагнозу слід провести детальний збір сімейного анамнезу, анамнезу щодо менструацій, наявності супутньої патології та симптомів ПМС. Симптоми слід фіксувати проспективно протягом двох менструальних циклів із використанням ЩС, оскільки ретроспективне згадування симптомів є ненадійним. ЩС «Щоденні спостереження щодо серйозності проблем» (DRSP) (додаток 3) заповнюється пацієнткою перед початком лікування.

1. Анамнез

Як і при усіх ПМР, симптоми повинні бути достатньо сильними, щоб впливати на повсякденну діяльність або перешкоджати роботі, шкільній успішності або міжособистісним стосункам. Симптоми основного ПМР є неспецифічними і повторюються в овуляторних циклах. Вони повинні бути присутніми під час лютетінової фази і зникати з початком менструації, після якої настає тиждень без симптомів. Обмежень щодо типу або кількості симптомів, що виникають, не існує; проте деякі жінки матимуть переважно психологічні, переважно соматичні або змішані симптоми.

Для діагностики та диференціальної діагностики ПМС слід розглянути нижченаведені аспекти/запитання (таблиця 1), надалі – здійснювати систематичне оцінювання симптомів.

Таблиця 1. Основні дані, необхідні для діагностики та прийняття рішення щодо лікування ПМР

Анамнез щодо менструацій / репродуктивного періоду: частота, тривалість, тяжкість, болючість, регулярність менструацій, наявність аменореї, відомості про останню менструацію, вагітності
Анамнез ПМР: вік, в якому почалися розлади, їх характер, періодичність і тяжкість, наявність або відсутність симптомів після менструації, наявність періоду без симптомів під час фолікулярної фази
Порушення діяльності: вплив симптомів на роботу, навчання, побутову, соціальну активність тощо (щонайменше 3-5 днів); ступінь дистресу
Супутні патологічні стани (психологічні, фізичні стани, захворювання), прояви яких наростають перед початком менструації
Суїцидальні наміри
Переносимість попередньої або поточної гормональної терапії
Планування сім'ї та готовність використовувати під час лікування бар'єрні методи контрацепції
Ставлення пацієнтки до різних методів лікування ПМР
Анамнез лікування ПМР: ефективність, побічні ефекти
Прихильність до лікування

2. Фізикальний огляд

При фізикальному огляді жінок з ПМС/ПМДР, зазвичай, не виявляють специфічних ознак. Можлива наявність болючості при пальпації молочних залоз, здуття живота та збільшення маси тіла в лютетінову фазу менструального циклу.

3. Лабораторні обстеження

Не існує специфічних біохімічних відхилень, пов'язаних із ПМС/ПМДР. Добові концентрації гонадотропінів та статевих стероїдних гормонів у сироватці крові жінок з ПМС нічим не відрізняються від жінок без ПМС.

Перед плановим хірургічним лікуванням (тотальна гістеректомія з двобічною сальпінгооваріоектомією) в амбулаторних умовах проводиться стандартне лабораторне обстеження пацієнтки згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

4. Формулювання діагнозу

У клінічному діагнозі «Передменструальний синдром» потрібно також вказувати: основний ПМР; варіантний ПМР (передменструальне загострення фонового захворювання, неовуляторний ПМР, прогестаген-індукований ПМР або ПМР з відсутністю менструацій); ПМДР.

5. Диференціальна діагностика

Передменструальні розлади слід завжди диференціювати з:

ПМЗ основного психічного розладу (афективними розладами, такими як великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад);

менопаузальним переходом;

порушенням функції щитовидної залози (гіпер- або гіпотиреозом); зловживанням алкоголем або психоактивними речовинами та іншими захворюваннями.

Афективні та тривожні розлади – у деяких випадках у жінок із ПМР в анамнезі був епізод афективного або тривожного розладу. Встановлення діагнозу ПМС/ПМДР, у таких випадках, часто вимагає від пацієнтки ведення ЩС, який демонструє появу симптомів у лютеїнову фазу з припиненням симптомів у фолікулярній фазі циклу. У жінок з підозрою на ПМС, що мають виражені симптоми, як у фолікулярній, так і в лютеїновій фазі, швидше за все, спостерігається афективний розлад, а не ПМДР. Хоча симптоми можуть погіршуватися під час лютеїнової фази, лікування повинно бути спрямоване на полегшення симптомів афективного або тривожного розладу, на практиці обидва можуть лікуватися одночасно.

Великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад

Скринінг депресії слід проводити серед пацієток групи ризику, зокрема за наявності психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі, з використанням двох питань стандартизованого опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ-2):

1. Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?

2. Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?

У випадку позитивної відповіді хоча б на одне запитання необхідно проведення подальшого обстеження. Рекомендується виявляти суїцидальні наміри у пацієнок з депресією. Потрібно інформувати пацієнтку про те, що депресивний або тривожно-депресивний синдром може бути проявом депресивного розладу, який потребує спеціалізованої психіатричної допомоги, а також щодо того, де саме така допомога може бути надана.

Менопаузальний перехід – нові симптоми порушення настрою та/або симптоми тривоги у жінки у віці 40–50 років частіше пов'язані з менопаузальним переходом, ніж з ПМС. Симптоми ПМС, зазвичай, виникають у більш молодому віці, найчастіше близько 20 років.

На відміну від симптомів ПМС, які мають місце під час овуляторних циклів, симптоми менопаузального порушення настрою зазвичай починаються, коли менструальні цикли стають нерегулярними/ановуляторними та часто поєднуються з іншими менопаузальними симптомами. Діагноз менопаузального переходу – це клінічний діагноз, який базується на анамнезі менструацій (початок нерегулярних циклів) із симптомами менопаузи (припливи, порушення настрою) або без них. Визначення підвищеного рівня ФСГ не є необхідним для підтвердження діагнозу менопаузального переходу.

Порушення функції щитовидної залози (гіпер-/гіпотиреоз). Гіпертиреоз, зокрема, може супроводжуватися симптомами порушення настрою. Обидва розлади можна відрізнити від ПМС на основі інших типових особливостей захворювання щитовидної залози: на підставі анамнезу, обстеження та за допомогою визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) у сироватці крові.

Зловживання алкоголем або психоактивними речовинами також може викликати подібні симптоми (порушення настрою, депресія, головний біль), але ці прояви не є циклічними та не пов'язані безпосередньо з менструальним циклом.

Інші захворювання та розлади (наприклад, мігрень; синдром хронічної втоми, доброякісний міалгічний енцефаломієліт, синдром подразненого кишечника) посилюються безпосередньо перед або під час менструацій. Однак виражені симптоми не є типовими для ПМС, та період клінічних проявів, як правило, не обмежується лютеїною фазою.

Для диференціальної діагностики з ендокринними захворюваннями необхідно виконати лабораторні дослідження (таблиця 2).

Таблиця 2. Основні лабораторні дослідження (сироватка крові)

Ендокринний розлад/стан	Показник сироватки
Репродуктивний період / менопаузальний перехід	ФСГ, естрадіол (Е2)
Порушення функції щитовидної залози	ТТГ
Гіперпролактинемія	Пролактин
Синдром Кушинга / хвороба Аддісона	Кортизол

Лабораторні обстеження бажано проводити на 2–5-й день циклу, натще, між 8.00 та 9.00 годинами ранку.

5. Лікування

Для лікування жінок із ПМС слід застосовувати комплексний різносторонній підхід. Алгоритм ведення пацієток із ПМР включає різні рівні надання медичної допомоги (первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та проведення діагностичних та лікувальних заходів з урахуванням вираженості симптомів та віку жінки – репродуктивний період, менопаузальний перехід (додатки 4, 5).

Лікування ПМС потрібно проводити доти, доки у жінки продовжуються оваріальні цикли. Припинення лікування може призвести до рецидиву передменструальних симптомів, тому тривале лікування має важливе значення. Жінки з рецидивуючими симптомами, як правило, потребують лікування, доки не завагітніють або не закінчать менопаузальний перехід.

1. Емпірична терапія

Найбільш вагомими доказами ефективності емпіричної терапії ПМР існують для застосування токоферолу (вітаміну Е), екстракту плодів прутняка звичайного (*Agni casti fructus*) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

У випадку лікування жінок з тяжкою формою ПМС, КПТ слід завжди розглядати як варіант лікування. КПТ є важливим інструментом для зменшення функціональних порушень при ПМДР. Якщо КПТ виявиться успішною для пацієнтки, це дозволить уникнути медикаментозного лікування та потенційних побічних ефектів.

2. Негормональні лікарські засоби

Селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) слід розглядати як один із варіантів лікування тяжкої форми ПМС. Підставою для початку лікування антидепресантами, за неефективності немедикаментозних засобів корекції, є наявність симптомів депресії впродовж не менше 2-х тижнів.

Застосування СІЗЗС/СІЗЗСН рекомендується у лютеїнову фазу менструального циклу або у безперервному режимі. Сприятливий ефект можна очікувати протягом 48 годин після початку лікування, але, власне, антидепресивний ефект проявляється наприкінці другого тижня терапії.

Жінок з ПМС, які отримують СІЗЗС/СІЗЗСН, слід попередити щодо можливих побічних ефектів, таких як нудота, безсоння, сонливість, втома та зниження лібідо. Для зменшення побічної дії лікарських засобів рекомендовано приймати СІЗЗС/СІЗЗСН лише у лютеїнову фазу циклу.

Жінки, які приймають СІЗЗС/СІЗЗСН протягом лютеїнової фази, можуть безпечно припинити прийом препарату в будь-який час, тоді як жінки, які приймають препарат у безперервному режимі для уникнення симптомів абстиненції, повинні зменшувати дозу протягом певного періоду, згідно з рекомендаціями лікаря.

Симптоми ПМС зменшуватимуться під час вагітності, і тому прийом СІЗЗС/СІЗЗСН слід припинити, під контролем лікаря, до та під час вагітності.

У жінок, у яких спостерігається варіантний ПМР, такий як передменструальне загострення, терапія антидепресантами основного психічного розладу повинна проводитися лікарем-психіатром. У деяких пацієнок із препсихотичним станом СІЗЗС можуть погіршити основний психічний стан.

Жінкам та дівчатам із передбачуваною менструальною мігренню, що не піддається стандартному лікуванню, слід розглянути можливість лікування селективними агоністами 5-НТ1-рецепторів серотоніну – фроватриптаном (2,5 мг двічі на день) або золмітриптаном (2,5 мг двічі або тричі на день) у дні, коли очікується мігрень.

3. Лікарські засоби, що містять гормони

Овуляцію можна пригнітити, використовуючи КОКи, трансдермальні естрогени у комбінації з прогестагенами, аналоги ГнРГ з додатковою терапією прикриття.

Трансдермальний естрадіол у поєднанні з циклічним прийомом прогестерону або прогестагену є ефективним для лікування фізичних та психологічних симптомів тяжкої форми ПМС.

Прогестерон у мікронізованій формі для перорального застосування (100 або 200 мг) характеризується меншою кількістю андрогенних та небажаних побічних ефектів. Прогестерон також діє як сечогінний та анксиолітичний засіб, і тому також може полегшувати симптоми ПМС.

Прогестерон у мікронізованій формі також можна вводити вагінально; так він може переноситися краще, уникаючи первинного печінкового метаболізму. При вагінальному введенні прогестерон дозволяє уникнути утворення психоактивних метаболітів, таких як аллопрегнанолон.

Для профілактики гіперплазії ендометрію при лікуванні ПМС трансдермальним естрадіолом у жінок зі збереженою маткою слід застосувати пероральний або вагінальний прогестерон циклічно у лютеїнову фазу 10–12 днів або прогестаген ЛНГ-ВМС 52 мг протягом тривалого часу. Жінкам слід повідомляти, що низький рівень левоноргестрелу, що виділяється ВМС, – 52 мг, спочатку може викликати побічні ефекти, схожі на симптоми ПМС (а також аномальні маткові кровотечі).

Для лікування жінок із ПМС слід застосовувати альтернативні бар'єрні або внутрішньоматкові методи контрацепції, якщо трансдермальний естрадіол використовується для пригнічення овуляції.

Для лікування жінок з тяжким ПМС/ПМДР ефективними є монофазні КОКи, що містять етинілестрадіол, дроспіренон та левомефолат кальцію, і їх слід розглядати в якості медикаментозної терапії першої лінії, після оцінки медичних критеріїв прийнятності контрацепції.

Аналоги ГнРГ можуть застосовуватися з метою встановлення діагнозу ПМДР (у важких для діагностики випадках) та перед плануванням хірургічного лікування тяжких форм ПМДР у випадку неефективності медикаментозної терапії.

Аналоги ГнРГ пригнічують синтез стероїдних гормонів у яєчниках, а отже, викликають різке полегшення або повне зникнення симптомів у пацієток з основним ПМР, але їх негативний вплив на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) дозволяє розглядати їх лише у тяжких випадках. Якщо застосування аналогів ГнРГ не призводить до усунення передменструальних симптомів, це свідчить про сумнівний діагноз ПМДР, а не про обмеження терапії.

У випадку застосування у жінок із тяжкою формою ПМДР аналогів ГнРГ слід застосовувати додаткову терапію прикриття та проводити вимірювання МЩКТ

4. Хірургічне лікування

Для лікування пацієток із тяжкими формами ПМС/ПМДР може розглядатися хірургічне втручання – тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгооваріоектомією у випадку:

якщо медикаментозна терапія виявилася неефективною; потрібне тривале лікування аналогами ГнРГ;

інша гінекологічна патологія є показанням для хірургічного лікування.

Хірургічне лікування у пацієток із тяжкими симптомами ПМС/ПМДР не слід розглядати без передопераційного застосування аналогів ГнРГ з додатковою терапією прикриття для оцінки можливості лікування та гарантії переносимості КГТ.

Перед тим, як вдаватися до хірургічного підходу для лікування тяжких форм ПМС/ПМДР, слід врахувати наступні рекомендації:

діагноз ПМДР повинен бути підтверджений реєстрацією симптомів; терапія аналогами ГнРГ повинна бути єдиним ефективним медичним підходом, і вона є безперервно ефективною щонайменше протягом шести місяців;

толерантність до терапії прикриття під час лікування естрогеном (або комбінації естрогену та прогестагену) була перевірена під час терапії аналогами ГнРГ;

жінка реалізувала репродуктивні плани;

передбачається потреба у ще декількох роках терапії, залежно від віку жінки.

Для лікування жінок із тяжкою формою ПМС не рекомендуються абляція ендометрію та тотальна гістеректомія зі збереженням яєчників. Залишення яєчників призведе до збереження ПМС (за класифікацією – «варіантний» ПМР з відсутністю менструацій).

Жінкам після хірургічного лікування ПМС, за відсутності проти-показань, рекомендовано застосовувати гормональну терапію згідно із затвердженим Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді», особливо якщо вік молодше 45 років.

Додаток 1

Класифікація ПМС



Тестові питання

1. При ПМС можливі такі симптомокомплекси:

- а) апатичний;
- б) дисфоричний; +
- в) тривожно-депресивний; +
- г) паранойяльний;
- д) депресивний.

2. При легкій формі ПМС можливий розвиток таких синдромів:

- а) апатичний;
- б) маніакальний;
- в) астеничний; +
- г) астено-депресивний; +
- д) дисфоричний.

3. Симптоми ПМС проявляються:

- а) регулярно повторюються під час лютеїнової фази кожного менструального циклу; +
- б) регулярно повторюються під час фолікулярної фази кожного менструального циклу;
- в) не залежать від фази менструального циклу.

4. Підтипи ПМР:

- а) передменструальне загострення фонового захворювання (ПМЗ); +
- б) неовуляторний ПМР; +
- в) прогестаген-індукований ПМР; +
- г) ПМР з відсутністю менструацій; +
- д) передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР).

5. Передменструальні розлади слід завжди диференціювати з:

- а) менопаузальним переходом; +
- б) порушенням функції щитовидної залози (гіпер- або гіпотиреозом); +
- в) післяпологовою депресією; +
- г) зловживанням алкоголем або психоактивними речовинами та іншими захворюваннями. +

Перелік рекомендованої літератури

1. Обов'язкова:

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Книга 2. Гінекологія : підручник / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцківський та ін. – 3-тє видання. – К. : Медицина, 2020. – 376 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Книга 1. Акушерство : підручник / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцківський та ін. – 4-тє видання. – К. : Медицина, 2020. – 424 с.
3. Акушерство та гінекологія: у 4 т. : національний підручник / Кол. авторів.; за ред. акад НАМН України В. М. Запорожана. Т. 3. Неопера- тивна гінекологія – Київ : Медицина, 2014. – 928 с.
4. Акушерство : підручник / В. І. Пирогова, О. В. Булавенко, Ю. П. Вдовиченко, С. М. Геряк. – Вінниця : Нова Книга, 2021. – 466 с.
5. Фізіологічне акушерство (змістовний модуль) : навчальний посіб- ник для студентів медичних факультетів / [Б. М. Венцківський, В. В. Ка- мінський, В. І. Грищенко та ін.]. – К. : Чайка-Всесвіт, 2008. – 95 с.

2. Додаткова література:

1. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная гинекология. – К. : Заповіт, 2003. – 304 с.
2. Дубоссарская З. М., Дубоссарская Ю. А. Репродуктивная эндокри- нология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) [Текст] : [учеб.-метод. пособие]. – Д. : Лира ЛТД, 2008. – 416 с.
3. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-тє видання / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – Київ : Медицина, 2021. – 464 с.
4. Гінекологія. 2-ге видання / Ліхачов В. К. – Київ : Нова книга, 2021. – 688 с.
5. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Передменструальний синдром», 2021.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром», 2022.
7. Наказ МОЗ України від 17.06.2022 № 1039 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».

3. Інформаційні ресурси

1. www.uzhnu.edu.ua – Інформаційний пакет (ESTC).
2. <http://www.moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України.
3. <http://medstandart.net/byspec/9> – Стандарти надання медичної допо- моги в Україні.

Для нотаток

Навчальне видання

Страховецький Віталій Сергійович
Головіна Ольга Володимирівна
Козуб Тетяна Олександрівна
Овчаренко Андрій Тимурович

**Порушення менструальної функції.
Передменструальний синдром**

Методичні рекомендації
для здобувачів вищої медичної освіти з дисципліни
«Акушерство та гінекологія»

Коректор *О. В. Анцибора*
Комп'ютерне верстання *В. В. Савінкова*
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 0,75. Наклад 100 пр. Зам. № 8/24.

Видавець і виготовлювач
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна