

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Предменструальный синдром (ПМС) — циклический симптомокомплекс, возникающий в предменструальном периоде (за 2–12 дней до менструации) и характеризующийся соматическими, нейропсихическими, вегетососудистыми и обменноэндокринными нарушениями, отрицательно сказывающийся на привычном образе жизни женщины и чередующийся с периодом ремиссии (продолжающимся не менее 7–12 сут), связанной с наступлением менструации. Синдром предменструального напряжения — наиболее тяжелая форма ПМС, проявляющаяся выраженными приступами гнева, раздражительности и сопровождающаяся внутренней напряженностью. Код по МКБ10 N94.3 Синдром предменструального напряжения. Этиология Точная этиология неизвестна. Существует много теорий возникновения ПМС:

- 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.

Повидимому, в генезе ПМС определяющим является не уровень в организме половых гормонов, который может быть и нормальным, а не адекватная реакция женского организма на физиологические их колебания в течение менструального цикла. Однако следует отметить наиболее частые причины нейроэндокринной дисфункции, имеющие значение в развитии предменструальных расстройств. Эстрогены и прогестерон оказывают значительное воздействие на ЦНС, причем не только на центры, регулирующие репродуктивную функцию, но и на лимбические структуры, ответственные за эмоции и поведение.

Эстрогены и прогестерон оказывают значительное воздействие на ЦНС, причем не только на центры, регулирующие репродуктивную функцию, но и на лимбические структуры, ответственные за эмоции и поведение. Эффект половых гормонов может иметь противоложный характер. Эстрогены воздействуют на серотонинергические, норадренергические и опиоидные рецепторы, оказывают возбуждающее действие и положительно влияют на настроение. Прогестерон, точнее его активные метаболиты, воздействуя на ГАМКергические механизмы, оказывают седативное действие, что у некоторых жен-

щин может привести к развитию депрессии в лютеиновую фазу цикла [2].

В основе патогенеза заболевания лежат нарушения центральных нейрорегуляторных механизмов (нейробиологическая уязвимость женщин, предрасположенных к возникновению симптомов ПМС в ответ на нормальные гормональные циклические изменения в организме). Синдром предменструального напряжения может усугубляться под влиянием неблагоприятных внешних воздействий. Ряд исследований были посвящены изучению взаимосвязи нарушений кальциевого обмена и возникновением ПМС. Детальное изучение циклических изменений обмена кальция выявило более низкие показатели ионизированного кальция, а также существенно более низкую экскрецию кальция с мочой в позднюю фолликулярную и лютеиновую фазу менструального цикла у пациенток с предменструальным дисфорическим расстройством по сравнению с женщинами без симптомов. Также при предменструальном дисфорическом расстройстве был выявлен более низкий уровень витамина D в лютеиновую фазу менструального цикла.

Дефицит магния является одним из возможных факторов развития ПМС. Отмечено, что у здоровых женщин перед менструацией количество магния в эритроцитах увеличивается. У женщин, страдающих ПМС, наоборот, количество магния в эритроцитах снижается на

20 — 40% по сравнению с нормой. Имеются данные, что у женщин с ПМС концентрация ионизированного магния во 2ю фазу цикла понижена, а коэффициент Ca^{2+}/Mg^{2+} повышен. Также при ПМС отмечается нехватка как серотонина, так и триптофана. Для секреции триптофана необходим витамин В6 (пиридоксин), который проявляет активность только в присутствии магния. Прием магния и витамина В6 приводит к увеличению серотонина и облегчению симптомов ПМС [3].

Эпидемиология

ПМС чаще наблюдают у женщин репродуктивного возраста с регулярным овуляторным циклом. Выявлена связь ПМС с высокой вероятностью развития послеродовой депрессии. В то же время не получено данных о наличии взаимосвязи между ПМС и непереносимостью оральных контрацептивов [2], но отмечено, что заболевание чаще возникает у женщин умственного труда, в конфликтных семьях и при злоупотреблении алкоголем. У жительниц городов, особенно мегаполисов, ПМС развивается чаще, чем у жительниц сельской местности, что подтверждает важную роль стресса в генезе болезни. Помимо этого культурные и социальные факторы также играют свою роль и могут влиять на реакцию женщин на циклические, биологические изменения в их организме. В ряде исследований выявлена значимая роль генетических факторов к предрасположенности развития ПМС/синдрома предменструального напряжения. В крупном исследовании близнецов показана высокая вероятность

развития предменструальных симптомов у родственников, наряду с влиянием факторов окружающей среды. Предварительные данные указывают на возможную взаимосвязь с генетическими особенностями ESR1 (эстрогеновый рецептор альфа).

Частота ПМС в настоящее время варьирует от 5 до 40%, увеличивается с возрастом и не зависит от социально-экономических, культурных и этнических факторов [2, 4]. Однако относительно высокую частоту за болевания отмечают в странах Средиземноморья, на Ближнем Востоке, в Исландии, Кении и Новой Зеландии.

Профилактика

Для профилактики ПМС следует регулярно заниматься физическими упражнениями, формировать устойчивость к стрессовым ситуациям, по возможности избегать резких кратковременных смен климата, аборты. Широкое использование КОК способствует снижению частоты ПМС [2].

Классификация

Выделяют следующие клинические формы ПМС [2]:

- психовегетативную;
- отечную;
- цефалгическую;
- кризовую;
- атипичные.

ПМС также подразделяют на стадии [2].

- Компенсированная стадия — симптомы заболевания с возрастом не прогрессируют и с наступлением менструации прекращаются.

- Субкомпенсированная стадия — тяжесть предменструального синдрома с возрастом усугубляется, симптомы исчезают только с прекращением менструации.

- Декомпенсированная стадия — симптомы ПМС продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации, причем промежутки между прекращением и появлением симптомов постепенно сокращаются.

Диагностика

Анамнез и физикальное обследование

Для диагностики ПМС следует выявить преобладающие симптомы и установить, что их развитие тесно связано с лютеиновой фазой менструального цикла. Описано более 100 симптомов заболевания, но наиболее частыми бывают следующие:

- вздутие живота (90%);
- нагрубание и болезненность молочных желез (90%);
- головная боль (более чем в 50% случаев);
- повышенная утомляемость (80%);
- раздражительность, угнетенное и неустойчивое настроение (более чем в 80% случаев);
- повышенный аппетит (более чем в 70% случаев);
- забывчивость и снижение внимания (более чем в 50% случаев);
- сердцебиение (15%);

СТЕЛЛА... для КАЖДОЙ женщины!

Стелла - негормональное средство для решения гормональных проблем

- нормализует метаболизм эстрогенов
- улучшает функциональное состояние молочных желез, матки, яичников в ЛЮБОМ возрасте
- снижает риск развития мастопатии, эндометриоза и миомы матки
- повышает эффективность лечения миомы матки, эндометриоза и мастопатии препятствуя патологической пролиферации клеток
- снижает риск возникновения рака молочной железы и других эстрогензависимых опухолей



Капсулы препарата «Стелла» содержат важнейшие природные вещества, которые Всемирный фонд исследования рака признал максимально эффективными и безопасными в борьбе с женскими заболеваниями



8-800-505-20-02
по России звонок бесплатный

- Индол-3-карбинол 100 мг УТРО
- Эпигаллокатехин-3-галлат 60 мг ДЕНЬ
- Изофлавоны сои 60 мг ВЕЧЕР

WWW.STELLA-FARMA.RU
подробная информация на сайте



- головокружение (20%).
- Каждая из клинических форм ПМС характеризуется определенными симптомами.
- *Психовегетативная форма* — повышенная раздражительность, депрессия, плаксивость, обидчивость, агрессивность, онемение рук, сонливость, забывчивость, повышенная чувствительность к звукам и запахам. Отмечено, что если в репродуктивном возрасте у женщин при предменструальном синдроме преобладает депрессия, то в переходном возрасте превалирует агрессивность.
 - *Отечная форма* — отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, увеличение массы

тела на 4–8 кг, нагрубание и болезненность молочных желез, увеличение размера обуви, локальные отеки (например, отеки передней брюшной стенки или стоп, коленей). У большинства больных с предменструальным синдромом во 2ю фазу менструального цикла отмечают задержку жидкости в объеме до 500–700 мл, причем у 20% пациенток, несмотря на отечность лица, вздутие живота и другие признаки, диурез остается положительным.

• Цефалгическая форма

1. Головная боль по типу мигрени — приступообразные боли пульсирующего характера, локализующиеся преимущественно в одной

половине головы, в лобной и височной областях, периодически повторяющиеся и сопровождающиеся тошнотой, рвотой, светобоязнью и шумобоязнью.

2. Головная боль напряжения — диффузные головные боли сжимающего, давящего характера, которые иногда создают ощущение «надетой на голову каски» или «обруча». Боли чаще бывают двусторонними, длятся несколько дней.

3. Сосудистые головные боли — приступообразные, пульсирующие, распирающие диффузные головные боли или в области затылка, сопровождающиеся покраснением или отечностью

лица, нередко сочетающиеся с повышением АД.

4. Сочетанные формы головных болей (мигренозных, сосудистых и болей напряжения).

- Кризовая форма (синдром панических атак) — панические атаки (кризы) начинаются с повышения АД, ощущение сдавления за грудиной, озноба, появления чувства страха и сопровождаются похолоданием и онемением конечностей, сердцебиением при неизменной электрокардиограмме. Часто такие кризы заканчиваются обильным мочеотделением. У некоторых женщин даже незначительное повышение САД (на 10–20 мм рт.ст. от исходных цифр) может спровоцировать криз. Панические атаки возникают обычно вечером или ночью и могут начинаться на фоне инфекции оного заболевания, усталости и (или) стресса.

- Атипичные формы ПМС

1. **Гипертермическая** форма характеризуется циклическим по повышением температуры тела до 37,2–38 °С в лютеиновую фазу цикла и снижением ее с началом менструации; изменения по казателей крови, характерные для воспалительных заболеваний, отсутствуют.

2. **Офтальмоплегическая** форма мигрени характеризуется циклическим гемипарезом в лютеиновую фазу цикла, односторонним закрытием глаза.

3. **Гиперсомническая** форма характеризуется циклической сонливостью в лютеиновую фазу цикла.

4. Циклические аллергические реакции вплоть до отека Квинке:

- ▶ язвенный гингивит и стоматит;

- ▶ циклическая БА;

- ▶ циклическая неукротимая рвота;

- ▶ циклический иридоциклит;

- ▶ *менструальная мигрень характеризуется приступами мигрени только во время менструации. Улучшение обычно отмечают с наступлением беременности, или при предотвращении менструации с помощью агонистов гонадотропинрилизинг гормона.*

В зависимости от выраженности клинических проявлений выделяют легкую и тяжелую степени болезни.

- При легком течении за 2–10 сут до начала менструации появляется 3–4 из перечисленных выше симптомов, причем только 1 или 2 из них значительно выражены.

- При тяжелом течении за 3–14 сут до менструации начинают беспокоить одновременно 5–12 из перечисленных выше симптомов, причем 2–5 из них резко выражены.

Основные диагностические критерии

- Появление симптомов зависит от менструального

цикла. Они развиваются во время последней недели лютеиновой фазы и прекращаются или становятся менее выраженными после начала менструации (необходимо подтверждать ухудшения тяжести симптомов в течение 5 сут перед менструацией примерно на 30% по сравнению с 5 днями после менструации).

- Наличие по крайней мере 5 из следующих симптомов при обязательном включении одного из первых 4:

- ▶ эмоциональная лабильность (внезапная печаль, слезливость, раздражительность или злобность);

- ▶ постоянная выраженная злобность и раздражительность;

- ▶ выраженная тревожность или чувство напряжения;

- ▶ резко сниженное настроение, ощущение безнадежности;

- ▶ пониженный интерес к обычной деятельности;

- ▶ легкая утомляемость или значительное снижение работоспособности;

- ▶ невозможность сосредоточиться;

- ▶ заметное изменение аппетита;

- ▶ патологическая сонливость или бессонница;

- ▶ соматические симптомы, характерные для определенной клинической формы предменструального синдрома.

Диагностика ПМС включает регистрацию симптомов обя-

зательно циклического характера, которые рекомендуют отмечать в специальном дневнике с ежедневным отражением в нем признаков заболевания в течение 2–3 циклов. Важны также тщательный сбор анамнеза, особенно связанный с характером изменений настроения и жизненными стрессами, данные физикального и психиатрического обследования и дифференциальная диагностика.

Лабораторно-инструментальные исследования

Методы лабораторно-инструментального исследования зависят от формы ПМС [2].

- Психовегетативная форма:
 - ▶ рентгенография черепа;
 - ▶ ЭхоЭГ.
- Отечная форма:
 - ▶ определение диуреза и количества выпитой жидкости в течение 3–4 сут в обе фазы цикла;
 - ▶ маммография в первую фазу менструального цикла (до 8-го дня) при болезненности и нагрубании молочных желез;
 - ▶ оценка выделительной функции почек (определение концентрации мочевины, креатинина в крови).
- Цефалгическая форма:
 - ▶ ЭхоЭГ, реоэнцефалография;
 - ▶ оценка состояния глазного дна и периферических полей зрения;
 - ▶ рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника;

▶ МРТ головного мозга (по показаниям);

▶ определение концентрации пролактина в крови в обе фазы цикла.

• Кризовая форма:

▶ измерение диуреза и количества выпитой жидкости;

▶ измерение АД;

▶ определение содержания пролактина в крови в обе фазы цикла;

▶ ЭхоЭГ, реоэнцефалография;

▶ оценка состояния глазного дна, полей зрения;

▶ МРТ головного мозга;

▶ в целях дифференциальной диагностики с феохромоцитомой определяют содержание катехоламинов в крови или моче, проводят УЗИ или МРТ надпочечников.

Дифференциальная диагностика

ПМС дифференцируют от хронических заболеваний, течение которых ухудшается во 2-й фазе менструального цикла.

- Психические заболевания (маниакально-депрессивный психоз,
- шизофрения, эндогенная депрессия).
- Хронические заболевания почек.
- Мигрень.
- Опухоли головного мозга.
- Арахноидит.
- Пролактинсекретирующая аденома гипофиза.

• Кризовая форма гипертонической болезни.

• Феохромоцитомы.

• Заболевания щитовидной железы.

Показания к консультации у других специалистов

При описанных выше заболеваниях назначение терапии, направленной на уменьшение выраженности симптомов ПМС, не приводит к существенному улучшению состояния. В этих случаях необходима консультация специалистов, которые назначат лечение основного заболевания.

• Консультация у невролога показана при подозрении на психовегетативную, цефалгическую и кризовую формы предменструального синдрома.

• При подозрении на психовегетативную форму проводят консультацию у психиатра.

• Консультация у терапевта необходима при подозрении на кризовую форму предменструального синдрома.

• При подозрении на цефалгическую форму назначают консультацию у невропатолога.

Лечение

Цель лечения

- Блокирование или торможение овуляции.
- Нормализация циклических взаимодействий половых гормонов с центральными нейротрансмиттерами (главным образом серотонином).

- Максимальное уменьшение проявлений болезни, улучшение качества жизни пациенток.

Показания к госпитализации

- Тяжелая форма ПМС.
- Неэффективность амбулаторного лечения.
- Угроза нанесения пациенткой вреда себе или окружающим при выраженной агрессии или депрессии.

Немедикаментозное лечение

У женщин, страдающих ПМС, появляются межличностные проблемы, возникают конфликтные ситуации в семье, на работе, с друзьями. Часто у них снижаются самооценка, самоуважение, повышается обидчивость, учащаются разводы, случаи потери работы, аварии при вождении транспорта. Лечение больных с ПМС следует начинать с совета о режиме труда и отдыха, соблюдении диеты, особенно во вторую фазу цикла, проведения психотерапии.

- Коррекция диеты — первая линия мероприятий.
 - ▶ Уменьшение потребления углеводов и сахара, ограничение чая, поваренной соли, жидкости, животных жиров, молока, исключение кофе и алкоголя.
 - ▶ Увеличения доли фруктов и овощей в рационе.
- Максимальное снижение психоэмоциональных нагрузок, увеличение времени сна, отдыха в течение дня.

- Физические упражнения — первая линия мероприятий при ПМС.

- Физиотерапия (электросон, расслабляющая терапия, иглорефлексотерапия, общий массаж или массаж воротниковой зоны, бальнеотерапия).

- Когнитивная поведенческая терапия (релаксация, гигиена сна).

- Психотерапия: доверительная беседа с пациенткой, объяснение ей сущности происходящих в организме циклических изменений, оказание помощи в исключении необоснованных страхов, рекоммендации по усилению самоконтроля. Психотерапия дает пациентке возможность взять на себя ответственность за собственное здоровье и контролировать собственную личность. В этих случаях больная принимает более активное участие в терапии заболевания.

Лекарственная терапия

Фармакотерапию при ПМС проводят при неэффективности немедикаментозных методов лечения.

Патогенетическое лечение

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Эта группа препаратов — первая линия терапии при ПМС и синдроме менструального напряжения.

- Антидепрессанты (селективные ингибиторы или стимуляторы обратного захвата серотонина) в циклическом режиме в лютеиновую фазу

менструального цикла либо в непрерывном режиме с увеличением дозы в лютеиновую фазу менструального цикла; курс — 3–6 мес:

- ▶ сертралин внутрь в дозе 50 мг/сут;

- ▶ пароксетин в дозе 20–30 мг/сут;

- ▶ флуоксетин внутрь в дозе 20–40 мг/сут;

- ▶ циталопрам внутрь по 10–20 мг/сут;

- ▶ пароксетин внутрь 20–30 мг/сут;

- ▶ другие серотонинергические антидепрессанты:

- венлафаксин внутрь 50–200 мг/сут;

- дулоксетин внутрь 60 мг/сут.

- Анксиолитики (противотревожные ЛС):

- ▶ алпразолам внутрь по 0,25–1 мг 2–3 раза в сутки;

- ▶ буспирон внутрь 20 мг/сут;

- ▶ диазепам внутрь в дозе 5–15 мг/сут;

- ▶ клоназепам внутрь по 0,5 мг 2–3 раза в сутки;

- ▶ тетраметилтетраазобициклооктандион внутрь по 0,3–0,6 мг 3 раза в сутки;

- ▶ медазепам внутрь в дозе 10 мг 1–3 раза в сут.

- Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона и антигонадотропные препараты применяют при тяжелых формах болезни:

- ▶ гозерелин подкожно в дозе 3,6 мг, или лейпро-релин внутримышечно в дозе 3,75 мг или трипто-

релин внутримышечно 3,75 мг 1 раз в 28 дней курсом в течение 6 мес;

► бусерелин в виде депо-формы в/м 3,75 мг 1 раз в 28 дней, курс 6 мес, или бусерелин в виде спрея в дозе 0,15 мкг в каждую ноздрю 3 раза в сут со 2-го дня менструального цикла; курс 6 мес.

- Комбинированная низкодозированная эстроген-гестагенная терапия назначается одновременно с агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона для уменьшения выраженности психовегетативных симптомов:

► *17 β -эстрадиол 1 мг и дроспиренон 2 мг; курс 6 мес.*

- Антиэстрогены применяют при лечении циклической масталгии:

► *тамоксифен внутрь в дозе 10 мг/сут курсом 3–6 мес;*

► *спиронолактон 25–200 мг/сут в лютеиновую фазу менструального цикла (эффективно снижает болезненность и напряжение молочных желез).*

- Монофазные КОК с дроспиреноном показаны для лечения ПМС/ синдрома предменструального напряжения:

► *этинилэстрадиол + дроспиренон внутрь в дозе 20 мкг/3 мг в сутки с 1-го по 24-й день менструального цикла + 4 таблетки. Неактивные — 4 дня курсом 6 мес;*

► *этинилэстрадиол + дроспиренон внутрь в дозе 30 мкг/3 мг в сутки с 1-го по 21-й день менструального цикла с перерывом 7 сут курсом 6 мес.*

Монофазные гормональные контрацептивы (комбинированные и прогестиновые) могут применяться для уменьшения симптомов ПМС и дисменореи в комплексной терапии или в качестве монотерапии.

Для реализации потенциала гормональных контрацептивов наибольший интерес представляют либо пролонгированные режимы использования, как, например, при применении прогестиновых оральных контрацептивов, либо различные рилизинг-системы. Положительное влияние достигается за счет постоянного и стабильного выделения низких доз гормонов. Доказано значительное уменьшение симптомов ПМС в течение 3 и 6 мес как у впервые начинающих применять вагинальное кольцо, так и у женщин, перешедших на вагинальное кольцо с КОК (68% от общего количества исследуемых женщин сообщили об улучшении после 6 циклов применения вагинального кольца — 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоногестрела в сут).

Применение пролонгированной прогестиновой контрацепции в виде подкожного имплантата с этоногестролом также может применяться в комплексной терапии симптомов ПМС, согласно предварительному заключению FDA. В настоящее время широкомасштабные исследования не проводились, и дальнейшие потенциальные возможности применения имплантата с это-

ногестролом еще требуют подтверждения, однако уже сейчас есть доказательства, что применение пролонгированной терапии прогестиновыми контрацептивами (надежно подавляющими овуляцию) — правильный и эффективный подход в лечении ПМС [16].

В лечении ПМС также могут применяться прогестиновые оральные контрацептивы (75 мкг дезогестрела). Доказан положительный терапевтический эффект относительно снижения выраженности симптомов ПМС: продемонстрировано улучшение при ПМС, причем как в физическом, так и психологическом самочувствии уже через 3 мес от начала лечения.

Другие циклические или монофазные КОК способствуют поддержанию монотонного уровня половых гормонов, благодаря супрессии синтеза гормонов в яичниках, также могут быть использованы для лечения ПМС. Выбор препарата зависит от пациента. Некоторые прогестагены могут оказывать отрицательное влияние на строение.

Растительные лекарственные препараты

- Фитофармпрепараты на основе Витекса священного (*Vitex Agnus castus*, прутняк обыкновенный) благодаря дофаминергическому эффекту препятствуют избыточной выработке пролактина и способствуют нормализации соотношения эстрогенов и прогестерона [22]. Эти же эффекты обеспечивают терапевтический эффект в лечении мастопатии и нарушений менструального цикла [1, 5].

• Ряд крупных исследований, в том числе плацебо-контролируемых, подтвердили эффективность как монопрепарата¹, содержащего специальный экстракт Витекса священного, так и комбинированного фитотерапевтического препарата² на основе этого экстракта, лилии тигровой, цикламена европейского, стеблелиста василистникового, ириса разноцветного, чилибухи игнация в лечении гиперпролактинемии и ПМС [2, 4, 23].

• Комбинированный фитотерапевтический препарат принимают внутрь по 1 таблетке или 30 капель 2 раза в день. Длительность курса — не менее 3 мес, в том числе во время менструации. Монопрепарат принимают по 40 капель или по 1 таблетке 1 раз в сутки утром.

• Опыт применения фитопрепаратов на основе таких активных соединений, как индол-3-карбинол — 100 мг, эпигаллокатехин-3галлат — 60 мг, изофлавоны сои — 60 мг («Стелла») для регуляции и коррекции метаболизма эстрогенов, доказал эффективность у больных с ПМС. На фоне приема фитопрепарата отмечено: уменьшение степени выраженности масталгии, нормализация менструального цикла, уменьшение плотности тканей, исчезновение отека и изменения в кистах в сторону их

уменьшения в размерах на 2–3 мм по данным контрольных УЗИ. Рекомендованная доза: по 2 капсулы желтого цвета утром, по 2 капсулы зеленого цвета днем, по 2 капсулы красного цвета вечером во время еды в течение 1–3 мес.

Симптоматическая терапия

Симптоматическую терапию назначают в зависимости от клинических проявлений.

• НПВС применяют при цефалгической форме предменструального синдрома:

▶ *ибупрофен* *внутри* в дозе 200–400 мг 1–2 раза в сутки;

▶ *индометацин* по 25–50 мг 2–3 раза в сутки;

▶ *напроксен* *внутри* в дозе 250 мг 2 раза в сутки.

• Селективный агонист серотониновых рецепторов применяют при цефалгической форме: золмитриптан *внутри* в дозе 2,5 мг/сут.

• Мочегонные ЛС эффективны при отечной форме заболевания: спиронолактон *внутри* в дозе 25–100 мг/сут курсом 1 мес.

• Дофаминомиметики назначают при кризовой форме ПМС в случае относительного повышения концентрации пролактина во 2-й фазе менструального цикла по сравнению с 1-й. Эти ЛС назначают во 2-ю фазу цикла с 14-го по 16-й день менструального цикла:

▶ *бромокриптин* *внутри* в дозе 1,25–2,5 мг/сут в течение 3 мес;

▶ *каберголин* по 0,25–0,5 мг 2 раза в неделю;

▶ *хинаголид* в дозе 75–150 мкг/сут.

• Антигистаминные ЛС назначают при выраженных аллергических реакциях:

▶ *клемастин* по 1 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки;

▶ *мебгидролин* по 50 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки;

▶ *хлоропирамин* по 25 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки.

• Витаминотерапия:

▶ *ретинол* по 1 капле 1 раз в день;

▶ *витамины группы В* в сочетании с органическими солями магния (цитрат, пиридоксин). *Пиридоксин* 50–100 мг в день в сочетании с органическими солями магния (цитрат, пиридоксин). Под влиянием магния уменьшаются симптомы депрессии и гидратации, повышается диурез. *Магне В6 Форте* (в одной таблетке содержится магния цитрат — 618,43 мг, что соответствует 100 мг магния (Mg⁺⁺), и пиридоксина гидрохлорид — 10 мг), по 3–4 таблетки в сутки, разделенные на 2–3 приема, во время еды, отпускается без рецепта; *Магне В6* (раствор для приема *внутри per os*, в одной ампуле содержится магния лактата дигидрат — 186,00 мг и магния пиридоксин — 936,00 мг, что эквивалентно суммарному содержанию магния (Mg⁺⁺ 100 мг в одной пи-

¹Циклодинон (Бионорика SE, Германия).

²Мастодинон (Бионорика SE, Германия).

твевой ампуле и пиродоксина гидрохлорид — 10 мг), 3–4 ампулы в сутки, отпускается без рецепта;

► магний–Диаспорал 300 (магния цитрат 1830,0 мг — эквивалентно содержанию магния 295,7 мг внутри), по 1 пакетику в день;

► препараты кальция уменьшают эмоциональные и физические симптомы ПМС во втором и третьем цикле лечения в дозе 1200 мг/сут — первая линия — при ПМС;

► гомеопатическая настойка травы зверобоя продырявленного — препарат из цветков зверобоя продырявленного, нормализует психоэмоциональный фон организма; назначают по 1 таблетке 3 раза в сутки.

Оценку эффективности терапии проводят по дневникам менструации с ежедневной оценкой симптомов в баллах.

- Симптомы 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.

Снижение в результате лечения интенсивности симптомов до 0–1 балла свидетельствует о правильной терапии. Лечение ПМС — долгосрочное, но определенного мнения по поводу его длительности не выработано, и чаще этот вопрос решают индивидуально.

Хирургическое лечение

В литературе существуют данные о проведении овариэктомии при тяжелых формах ПМС, не поддающихся консервативной терапии. Полагают, что в исключительных случаях возможна овариэктомия у женщин старше 35 лет, реализовавших репродуктивную функцию, с последующим на-

значением монотерапии эстрогенами в качестве заместительной гормональной терапии [5, 13].

Обучение пациентки

Необходимо объяснить больной, что изменение образа жизни (соблюдение диеты, физические упражнения, массаж) приведет к улучшению самочувствия и качества жизни. Кроме того, следует проинформировать больную, что симптомы заболевания возобновляются с прекращением терапии, могут усиливаться с возрастом или после родов и отсутствуют в период беременности и менопаузы.

Прогноз

Чаще благоприятный. При несоблюдении рекомендаций и отсутствии лечения возможен рецидив заболевания. В крайне тяжелых случаях прогноз сомнительный, возможно оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артымук Н.В. и др. Применение циклодинона у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы и бесплодием // Вопр. гин., акуш. и перинатол. — 2009. — Т. 8, № 4. — С. 1–3.
2. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белозерцева Т.Е. Клиническая характеристика и пути коррекции предменструальных расстройств у девушек-студенток // Рос. вестн. акуш.-гин. — 2012. — № 6. — С. 57–61.
3. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Сасунова Р.А., Иванова Е.В. Роль магния в патогенезе предменструального синдрома // Рос. вестн. акуш.-гин. — 2013. — № 3. — С. 81–87.
4. Прилепская В.Н., Ледина А.В., Тагиева А.В., Ревазова Ф.С. Лечение предменструального синдрома препаратом на основе сухого экстракта аврамова дерева // Пробл. репродукции. — 2007. — № 2. — С. 28–34.
5. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Оценка эффективности фитотерапии мастодиномом и гелариумом у больных с диффузными формами мастопатий // Урал. мед. журн. — 2009. — № 3. — С. 85–871.

6. Прилепская В.Н. Практическая гинекология. — М., 2003.
7. Сметник В.П., Комарова Ю.А. Предменструальный синдром // Акуш. и гин. — 1988. — № 3. — С. 35–38.
8. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: рук. для врачей. — М.: Мед. информ. агентство, 2001.
9. Сметник В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. и др. Коррекция нейроэндокринных нарушений в гинекологии. — СПб, 1999.
10. Сутурина Л.В., Попова Л.Н. Сравнительная характеристика влияния бромкриптина и циклодинона на клинические проявления и уровень пролактина у женщин репродуктивного возраста с гиперпролактинемией // Мед. новости. — 2010. — № 12. — С. 63–66
11. Baker L.J., O'Brien P.M.S. Premenstrual syndrome (PMS): A perimenopausal perspective // Maturitas. — 2012. — Vol. 72. — P. 121–125.
12. Melissa M. Buttner, Sarah L. Mott, Teri Pearlstein et al. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women // Arch. Womens Ment. Health. DOI 10.1007/s00737-012-0323-x
13. Huo L., Straub R.E., Roca C. et al. Risk for premenstrual dysphoric disorder is associated with genetic variation in ESR1, the estrogen receptor alpha gene // Biol. Psychiatry. — 2007. — Vol. 62. — P. 925.
14. Ismail K.M.K., Shaughn O'Brien T.N., Elena Paschetta et al. Clinical subtypes of core premenstrual disorders: a Delphi survey // Arch. Womens Ment. Health. DOI 10.1007/s00737-012-0326-7
15. Kubista E., Muller G., Spona J. Behandlung der mastopathie mit zykiischer mastodynie klinische ergebnisse und hormonprofil // Gynakol. Rundsch. — 1986. — Vol. 26. — P. 65–79.
16. Lopez L.M., Kaptein A.A., Helmerhorst F.M. This Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome (Review) // The Cochrane Library. — 2010. — Issue 11.
17. Miller A., Vo H., Huo L. et al. Estrogen receptor alpha (ESR-1) associations with psychological traits in women with PMDD and controls // J. Psychiatr. Res. — 2010. — Vol. 44. — P. 788.
18. Palomba S. et al. Nexplanon: the new implant for long-term contraception. A comprehensive descriptive review // Gynecol. Endocrinol. — 2012. — Sep. — Vol. 28, N 9. — P. 710–721.
19. Perkonig A., Yonkers K.A., Pfister H. et al. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder // J. Clin. Psychiatry. — 2004. — Vol. 65. — P. 1314.
20. Premenstrual Syndrome Guidelines for Women's Health Care. A resource Manual. 3rd ed. / P.J. Hilard, I.S. Berek V.A. Bars. — ACOG, 2003.
21. Sassoon S.A., Colrain I.M., Baker F.C. Personality disorders in women with severe premenstrual syndrome // Arch. Womens Ment. Health. — 2011. — Vol. 14. — P. 257–264.
22. Steiner M., Macdougall M., Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians // Arch. Womens Ment. Health. — 2003. — Vol. 6. — P. 203–209.
23. Wuttke W., Splitt G., Gorkow C., Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with a medicinal product containing Agnus castus // Geburtsh. Frauenheilk. — 1997. — Vol. 57. — P. 569–574.
24. Wyatt K.M., Dimmock P.W., O'Brien P.M. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome // Cochrane Database Syst. Rev. — 2002: CD001396.
25. Yonkers K.A., Brown C., Pearlstein T.B. et al. Efficacy of a new low-dose oral, contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder // J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Sept. — Vol. 106, N 3. — P. 491–501.