

Предменструальный синдром: тактика ведения пациенток в амбулаторно-поликлинической практике

В.Н. Серов, В.Л. Тютюнник, М.А. Твердикова

Мать и дитя. Акушерство и гинекология. 31 августа 2010 г, том 18, № 19

Предменструальный синдром (ПМС) – состояние, возникающее в результате комплекса психоэмоциональных, обменно-эндокринных и вегетососудистых нарушений. Симптомы предменструального синдрома проявляются, как правило, за 2–10 дней до начала менструации [2, 5, 6].

По данным статистики, ПМС в той или иной форме отмечается у 70–90% всех женщин, из них около 35% обращаются за медицинской помощью в связи с тяжестью симптоматики [8].

Большинство женщин впервые встречаются с этими симптомами после 20 лет. С возрастом все большее число женщин испытывают симптомы ПМС. Среди женщин старше 40 лет ПМС встречается более чем у 50%, и очень редки случаи, когда от ПМС страдают подростки. При этом у каждой женщины симптомы ПМС индивидуальны. У большинства женщин ПМС протекает в легкой форме, не доставляя особых неудобств. Клинические проявления ПМС характеризуются большим разнообразием [1, 3, 8].

В.П. Сметник и Л.Г. Тумилович [5] в зависимости от клинической картины различают четыре клинических формы ПМС: нервно-психическую, отечную, цефалгическую, кризовую.

Нервно-психическая форма характеризуется преобладанием таких симптомов как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность и др.

При отечной форме преобладают такие симптомы: набухание и болезненность грудных желез, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, раздражительность, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к запахам, потливость. Может отмечаться задержка жидкости до 500–700 мл.

При цефалгической форме в клинической картине преобладают такие симптомы: головная боль, раздражительность, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение. У каждой третьей больной отмечается депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, набухание грудных желез, отеки при половом акте.

При кризовой форме наблюдаются симпато-адреналовые кризы. Они начинаются с повышения АД, чувства сдавления за грудиной и с появлением страха смерти. Сопровождаются похолоданием, онемением конечностей и сердцебиением при неизменной ЭКГ. Заканчиваются обильным мочеиспусканием.

Кроме того, выделены атипичные формы ПМС. К ним относят: вегетативно-дозовариальную миокардиодистрофию, гипертермическую, офтальмоплегическую форму мигрени, гиперсомническую форму, циклические тяжелые аллергические реакции (вплоть до отека Квинке) язвенный гингивит и стоматит, циклическую бронхиальную астму, неконтролируемую рвоту, иридоциклит и др.

Следует отметить, что кризовая и цефалгическая формы ПМС чаще наблюдаются в переходный период жизни женщины. В 16–19 и в 25–34 года отмечается наибольшая частота нервно-психической формы ПМС, а в 20–24 года – отечной [2, 4, 10].

Этиология и патогенез ПМС до конца не выяснены. С момента первого описания этого синдрома его стали относить к числу эндокринных заболеваний, однако до настоящего времени дискутируется вопрос – является ли ПМС психическим, особенно в случае преобладания аффективных расстройств, или эндокринным нарушением.

Ранее существовала гипотеза, согласно которой ПМС – это проявление нарушения содержания/баланса половых гормонов (ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы). В настоящее время она не находит поддержки у большинства исследователей. Дальнейшие исследования установили, что ПМС наблюдается у женщин с регулярным овуляторным циклом, т.е. формирование полноценного желтого тела является одним из важнейших условий его развития. Показано, что во время спонтанных ановуляторных циклов циклическая симптоматика теряется, а на фоне выключения функции яичников при использовании агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГн-РГ) отмечается значительное улучшение состояния женщины. Во время беременности, для которой характерен высокий, но стабильный уровень эстрогенов и прогестерона, как правило, симптомы ПМС купируются [1, 2, 4].

Считают, что решающим в генезе ПМС является не уровень половых гормонов, который не отличается от такового у здоровых женщин, а колебания их содержания в течение менструального цикла. Доказано, что эстрогены и прогестерон оказывают значительное модулирующее воздействие на ЦНС путем генных механизмов (взаимодействие с ядерными рецепторами), прямого влияния на мембрану нейронов и их синаптическую функцию, причем не только в центрах, ответственных за деятельность репродуктивной системы, но и в лимбических отделах мозга, регулирующих эмоции, поведение и сон [5, 7, 8, 10].

Большая роль в патогенезе развития ПМС отводится пролактину, который, являясь модулятором действия многих гормонов, способствует натрий задерживающему эффекту альдостерона и антидиуретическому влиянию вазопрессина. Особое внимание уделяется ритмичности выработки пролактина. Так, описан феномен «латентной» (стрессорной) гиперпролактинемии, когда уровень пролактина повышается эпизодически – после стрессовых ситуаций, после приема пищи и во сне, а в остальное время находится в пределах нормы. Считается, что такие колебания пролактина могут действовать дисбалансирующе на всю гормональную систему (и на менструальный цикл, в частности).

Эстрогены влияют на активность моноаминоксидазы (МАО). Этот фермент участвует в окислении биогенных аминов, таких как норэпинефрин, эпинефрин, серотонин и дофамин. Эпинефрин вызывает тошноту, повышенный уровень серотонина – нервное напряжение, бессонницу, сердцебиение, нарушение внимания. Полагают, что дофамин нарушает баланс этих трех аминов, вызывая нарушение психики.

При выраженной депрессии наблюдается снижение метаболизма серотонина. С изменением его уровня в спинномозговой жидкости связывают проявление суицидальных

попыток и агрессии у женщин в предменструальный период. Полагают, что существует оптимальный уровень серотонина, его повышение или понижение приводит к агрессии или депрессии. Задержку жидкости в организме также связывают с влиянием серотонина. Поглощенная жидкость частично контролируется ренин-ангиотензиновой системой. При активации этой системы повышается уровень серотонина. В свою очередь, он контролирует ренин-ангиотензиновую систему посредством обратной связи [6, 7, 9, 10].

В последние годы в патогенезе ПМС значительное внимание уделяется пептидам промежуточной доли гипофиза: α -меланостимулирующему гормону и эндогенным опиоидным пептидам – эндорфинам. Эндогенные опиоидные пептиды β -эндорфин и энкефалин обнаруживаются не только в коре головного мозга и гипофизе, но и в других тканях организма, включая надпочечники, поджелудочную железу и пищеварительный тракт. Эндорфины ингибируют секрецию лютеинового гормона (ЛГ) и стимулируют выброс пролактина путем уменьшения дофаминовой активности. Эндорфины, ингибируя центральные биогенные амины, могут вызывать изменения настроения, поведения, повышение аппетита и жажды. Нагрубание грудных желез, задержка жидкости, запоры и вздутие кишечника могут быть результатом вызванного эндорфинами увеличения уровня пролактина, вазопрессина и ингибирующего влияния их на PGE1 в кишечнике [1, 2, 7, 8].

Клиническая картина ПМС характеризуется большим разнообразием. У больных часто отмечается раздражительность, плаксивость, депрессия, обидчивость, агрессивность, головную боль, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, нагрубание и болезненность грудных желез. В некоторых случаях развивается кризовая форма ПМС. При этом беспокоят повышение артериального давления, чувство сдавления за грудиной, онемение и похолодание конечностей, сердцебиение при отсутствии изменений на ЭКГ, озноб, учащение мочеиспускания с окончанием приступа атак [1–3].

В течении ПМС можно выделить три стадии:

1. Компенсированная стадия – появление симптомов в предменструальный период, с началом менструации симптомы проходят. С годами клиника ПМС не прогрессирует.

2. Субкомпенсированная стадия – с годами тяжесть течения ПМС прогрессирует, увеличивается длительность, количество и выраженность симптомов.

3. Декомпенсированная стадия – тяжелое течение ПМС, «светлые» промежутки постепенно сокращаются.

Диагностика ПМС достаточно трудна. Учитывая, что специфических симптомов ПМС не существуют, главным ориентиром при постановке диагноза ПМС является наличие цикличности. При этом вероятность возникновения ПМС не зависит от устойчивости нервной системы. Согласно установкам Американского национального института психического здоровья для диагностики ПМС требуется подтверждение усугубления тяжести симптомов в течение 5 дней перед месячными (примерно на 30% по сравнению с 5-ю днями последующих месячных). В целом диагностика ПМС включает регистрацию симптомов обязательно циклического характера. Очень важны тщательный сбор анамнеза (особенно связанный с характером изменений настроения и жизненными стрессами), соответствующие лабораторные показатели и дифференциальный диагноз. При психовегетативной форме ПМС необходима консультация невропатолога и психиатра с проведением краниографии и ЭЭГ.

При отечной форме ПМС следует измерять диурез и количество выпитой жидкости в течение 3–4 дней в обе фазы цикла. При боли и нагрубании грудных должно быть проведено УЗИ грудных желез, а при необходимости и маммогра-

фия (в первую фазу менструального цикла – до 9–го дня). Исследуется и выделительная функция почек с определением остаточного азота, креатинина и др. При цефалгической форме ПМС необходима рентгенография турецкого седла и шейного отдела позвоночника. По показаниям проводится магнитно-резонансная томография (МРТ), исследование глазного дна и периферических полей зрения, необходима консультация окулиста и невропатолога и определение уровня пролактина в обе фазы цикла.

При кризовой форме ПМС показано измерение диуреза и количества выпитой жидкости, контроль артериального давления (АД), определение уровня пролактина. При повышенном уровне АД проводится дифференциальная диагностика с феохромоцитомой. В таких случаях исследуется уровень катехоламинов в крови и их метаболитов в моче, а также производятся УЗИ и МРТ надпочечников. Следует учитывать, что в предменструальные дни ухудшается течение большинства имеющихся хронических заболеваний, что нередко ошибочно расценивается как ПМС. Дополнительные исследования, а также проведение лечения, как при ПМС, дает возможность уточнить наличие того или иного хронического заболевания у данной категории больных.

Диагноз устанавливают при наличии не менее пяти из следующих симптомов при обязательном проявлении одного из первых четырех:

1. Эмоциональная лабильность: раздражительность, плаксивость, быстрая смена настроения.
2. Агрессивное или депрессивное состояние.
3. Чувство тревоги и напряжения.
4. Ухудшение настроения, чувство безысходности.
5. Снижение интереса к обычному укладу жизни.
6. Быстрая утомляемость, слабость.
7. Невозможность сконцентрироваться.
8. Изменение аппетита, склонность к булимии.
9. Сонливость или бессонница.
10. Нагрубание и болезненность грудных желез, головная боль, отеки, суставная или мышечная боли, прибавка массы тела.

Окончательный диагноз устанавливается при участии психиатра и невропатолога при цефалгической и психовегетативной формах, терапевта – при кризовой форме. Кроме того, дифференциальную диагностику необходимо проводить с маниакально-депрессивным психозом, шизофренией, эндогенной депрессией, опухолями головного мозга, кризовой формой гипертонической болезни, заболеваниями щитовидной железы.

Лечение ПМС – достаточно трудная задача. Несмотря на широкую распространенность ПМС в терапии этого состояния до настоящего времени остаются неразрешенными некоторые вопросы. Патогенетическая терапия должна сочетать мероприятия, направленные на наиболее выраженные проявления нарушений в гипоталамусе. Рациональная схема лечения включает психотерапию, правильное питание, лечебную физкультуру, применение транквилизаторов, антидепрессантов, витаминов А, В, С и половых гормонов. Учитывая ведущую роль гормональных нарушений в развитии этого симптомокомплекса, для его лечения применяются различные гормональные препараты. Целью такого лечения являются блокада овуляции и снятие циклических колебаний уровней половых стероидов. Вместе с тем у таких больных часто отмечаются психоэмоциональные и неврологические проблемы: межличностные, учащаются конфликтные ситуации в семье, на работе. Нередко снижена самооценка, самоуважение, повышается обидчивость, отмечаются случаи потери работы, аварийные ситуации при вождении транспорта. Поэтому лечение больных с ПМС следует начинать с психотерапии. Больным нужно объяснить необходимость соблю-

дения режима труда и отдыха, а также некоторые ограничения в питании. Например, во вторую фазу менструального цикла рекомендуется ограничить прием кофе, чая, животных жиров, молока. Приносят пользу занятия физкультурой и спортом. Благотворное влияние оказывают общий массаж, а также бальнеотерапия. Медикаментозная терапия включает назначение психотропных средств в виде антидепрессантов, а также анксиолитических средств [4, 6, 8, 9].

Основными требованиями к медикаментозной терапии ПМС являются: способность препаратов изменять менструальный цикл, блокируя овуляцию, и их эффективность в отношении наиболее беспокоящего симптома (отеков, масталгии, головной боли, эмоционального дискомфорта). В генезе подавляющего большинства симптомов лежит увеличение уровня ПРЛ во 2-й фазе цикла. Циклическая гиперпролактинемия является одной из частых причин развития недостаточности лютеиновой фазы, что связано с отрицательным влиянием избытка ПРЛ на процессы овуляции и функцию желтого тела. Установлено, что растительные агонисты дофамина, снижая повышенную секрецию ПРЛ, способны повысить циклическую секрецию прогестерона в лютеиновую фазу цикла, что способствует нормализации менструального цикла.

Среди многообразия лекарственных растений можно выделить группу способных влиять на эндокринную систему человека. Попытки лечить растительными препаратами различные расстройства, связанные с дисбалансом половых гормонов, привели к интереснейшим открытиям. Одно из них относится к лекарственному растению *Vitex agnus castus* (прутняк обыкновенный, Витекс священный, «монашій перец», «Авраамово дерево»). Прутняк принадлежит к семейству вербеновых (Verbenaceae). Природный ареал произрастания – Средиземноморье и Крым. Это растение обнаружено также в наиболее теплых районах Азии, Африки и Америки. Для медицинских целей используются плоды *Vitex agnus castus*. Это круглые черно-коричневые сложные ягоды около 3,5 мм в диаметре, четырехсемянные. В них найдены иридоиды, флавоноиды и эфирные масла. Экстракт *Vitex agnus castus* является основным активным компонентом препарата Мастодион. Это комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения, в состав которого входят еще 5 растительных гомеопатических компонентов: *Caulophyllum thalictroides* (стеблелист василистниковидный), применяющийся при менструальных расстройствах; *Cyclamen* (фиалка альпийская) назначается при головной боли, нервных и психических расстройствах, а также при менструальных нарушениях; *Ignatia* (грудышник горький) эффективна при нервных расстройствах, назначается при психовегетативных кризисах, «параритмичных» состояниях; *Iris* (касатик разноцветный) используется для лечения мигрени, *Lilium tigrinum* (тигровая лилия) применяется при симптомах дисменореи и повышенной раздражительности.

Мастодион обладает допаминергическим действием, благодаря чему снижается продукция пролактина аденогипофизом. При этом снижаются только умеренно повышенные уровни пролактина, а уровни в диапазоне нормы не подавляются. Более того, применение Мастодиона позволяет корректировать всплески уровня пролактина, отмечающиеся у пациенток с латентной («стрессорной») гиперпролактинемией. В результате устранения гиперпролактинемии нормализуется продукция гонадотропных гормонов гипофизом, что, в свою очередь, благотворно влияет на функцию яичников и ведет к устранению гиполотеизма (недостаточности желтого тела) и, соответственно, связанных с этим нарушений менструального цикла, и уменьшение симптоматики ПМС. Мастодион устраняет основную причину предменструального синдрома – гиперпролактинемия. В отличие от эстрогенов и других гормонов, пролактин оказывает прямое стиму-

лирующее действие на пролиферативные процессы в грудных железах, усиливая образование соединительной ткани и вызывая дилатацию молочных протоков. Терапевтический эффект Мастодиона наступает, как правило, через 6 нед.

В экспериментах *in vitro* показано, что экстракты *Vitex agnus castus*, обладающие высоким сродством к D2-эндорфинным рецепторам, ингибируют высвобождение ПРЛ из культуры пролактогрозных клеток гипофиза, и этот эффект нейтрализуется антагонистом дофамина галоперидолом. Растительные агонисты дофамина (экстракт *Vitex agnus castus*) лишены побочных действий, безопасны, что позволяет применять их длительно. Мастодион назначают внутрь, с небольшим количеством жидкости по 30 капель 2 раза в сутки (утром и вечером), без перерыва в период менструации. Капли Мастодиона следует разбавлять в небольшом количестве воды. Перед употреблением флакон следует взбалтывать. Курс лечения Мастодином составляет не менее 3 мес в непрерывном режиме. Улучшение наступает, как правило, через 6 нед. Пациентка должна быть проинформирована о том, что если после отмены Мастодиона жалобы появляются вновь, необходимо проконсультироваться с врачом о продолжении лечения.

Лечение гомеопатическими средствами не исключает использование других лекарственных средств. Следует учитывать, что при использовании гомеопатических препаратов рекомендуется воздерживаться от курения и употребления алкоголя, в противном случае это может отрицательно влиять на эффективность лечения.

Таким образом, определяющая регулирующая, а не подавляющая или замещающая сущность гомеопатической терапии, воздействие на комплексные механизмы саногенеза в организме делают Мастодион незаменимым для подавляющего большинства женского населения, особенно подросткового и репродуктивного возрастов. Доказанная высокая эффективность препарата при ПМС, а также ряде других патологических состояний женского организма, возможность избежать грозных осложнений полипрагмазии, лекарственной болезни, что весьма актуально в XXI веке – важные факторы при выборе терапевтической тактики с применением гомеопатических комплексных препаратов. Их следует рекомендовать до назначения гораздо более серьезных, с точки зрения риска возникновения, побочных эффектов, в частности, гормональных синтетических средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линде В.А., Татарова Н.А. Предменструальный синдром. СПб.: Гиппократ. – 2005. – 216 с.
2. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром // Гинекология, 2005. – 7:4. – С. 210–214.
3. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома // Гинекология, 2005. – 7:4. – С. 214–219.
4. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Применение оральных контрацептивов с дроспиреноном в лечении предменструального синдрома // Гинекология (экстра-выпуск), 2006. – С. 7–10.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М., МИА, 2006. – 632 с.
6. Татарчук Т.Ф., Венцовская И.Б., Шевчук Т.В. Предменструальный синдром. – К.: Заповит, 2003. – С. 111–146.
7. Duvan C.I., Cumaoglu A., Turhan N.O. et al. Oxidant/antioxidant status in premenstrual syndrome // Arch Gynecol Obstet. – 2010; 177. – P. 211–219.
8. Thys-Jacobs S., Starkey P., Bernstein D., Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms // Am J Obstet Gynecol, 1998; 179. – P. 444–452.
9. Whelan A.M., Jurgens T.M., Naylor H. Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review // Can J Clin Pharmacol, 2009; 16 (1). – P. 407–429.
10. Zukov I., Ptacek R., Raboch J. et al. Premenstrual dysphoric disorder – review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy // Prague Med Rep. – 2010; 111 (1). – P. 12–24.

Мастодинон®



При мастопатии,
мастодинии и ПМС



- Восстанавливает гормональный баланс
- Устраняет боль и напряжение в молочных железах
- Не содержит гормонов

Раскрывая силу растений

Состав и форма выпуска. Комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения. Капли для приема внутрь по 50 и 100 мл во флаконе. Таблетки по 60 шт. в упаковке. 100 грамм капель содержат: Agnus castus D1 (Витекс священный или прутняк) 20 г, Caulophyllum thalictroides D4 (Стеблелист василистниковидный) 10 г, Cyclamen D4 (Цикламен европейский) 10 г, Ignatia D6 (Чилибуха Игнация) 10 г, Iris D2 (Ирис разноцветный) 20 г, Liliun tigrinum D3 (Лилия тигровая) 10 г. Содержание этанола: 47,0 - 53,0 % (в объемном отношении). 1 таблетка содержит: Agnus castus D1 (Витекс священный или прутняк) 162,0 мг, Caulophyllum thalictroides D4 (Стеблелист василистниковидный) 81,0 мг, Cyclamen D4 (Цикламен европейский) 81,0 мг, Ignatia D6 (Чилибуха Игнация) 81,0 мг, Iris D2 (Ирис разноцветный) 162,0 мг, Liliun tigrinum D3 (Лилия тигровая) 81,0 мг. **Фармакологическое действие.** Основным активным компонентом Мастодинона является прутняк. Допамиnergические эффекты препарата вызывают снижение продукции пролактина, то есть устраняют основную причину предменструального синдрома - гиперпролактинемии. В отличие от эстрагенов и других гормонов, пролактин оказывает прямое стимулирующее действие на пролиферативные процессы в молочных железах, усиливая образование соединительной ткани и вызывая дилатацию молочных протоков. Снижение содержания пролактина приводит к обратному развитию патологических процессов в молочных железах и купирует болевой синдром, нормализуется недостаточность желтого тела. Ритмичная выработка и нормализация соотношения гонадотропных гормонов приводит к нормализации второй фазы менструального цикла. **Показания.** Фиброзно-кистозная мастопатия; мастодиния; предменструальный синдром (мастодиния, психическая лабильность, запоры, отеки, головная боль/мигрень); нарушения менструального цикла и/или бесплодие, вызванные недостаточностью желтого тела. **Побочные действия.** В очень редких случаях возможны боли в желудке, тошнота, небольшое увеличение веса, зудящие экзантемы, угри и головные боли. В единичных случаях может возникать временное психомоторное возбуждение. В этих случаях необходимо отменить прием препарата и обратиться к врачу. **Режим дозирования.** Препарат принимают по 30 капель или по 1-й таблетке 2 раза в день (утром и вечером). Таблетки следует принимать с небольшим количеством жидкости. Мастодинон® должен приниматься не менее 3 месяцев, в том числе во время менструации. Улучшение обычно наступает через 6 недель. Если после прекращения приема жалобы возобновляются, то необходимо проконсультироваться с врачом и продолжить лечение. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к компонентам препарата. Р.с. UA/6239/01/01 от 16.04.2007; UA/6239/02/01 от 15.08.08.