

© Е. Г. Гуменюк

Кафедра акушерства и гинекологии
Петрозаводского государственного
университета, Петрозаводск

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА И ВОЗМОЖНОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

УДК: 618.17-008.8-085

■ В статье представлен обзор литературы, касающейся проблемы предменструального синдрома. Освещены эпидемиология, этиопатогенез, классификация предменструального синдрома, а также принципы диагностики и современные методы терапии. Представлены собственные клинические наблюдения за пациентками с предменструальным синдромом. Проведены оценка тяжести предменструального синдрома, анализ самооценки с использованием визуально-аналоговой шкалы, определение уровня пролактина в динамике. Показана эффективность применения мастодинона в качестве монотерапии у женщин с предменструальным синдромом.

■ **Ключевые слова:** предменструальный синдром; эпидемиология; этиология; классификация; диагностика; лечение; оценка тяжести; визуально-аналоговая шкала; пролактин; Мастодион®.

Материалы и методы

В большинстве работ, посвященных проблеме предменструального синдрома (ПМС) указывается, что термин «предменструальное напряжение» был впервые предложен R. T. Frank в 1931 году, а термин «предменструальный синдром» официально появился в медицинской печати в 1953 году (Greene & Dalton). Тем не менее известно, что аналогичная симптоматика подробно описывалась еще в 1847 году E. F. Von Feuchtersleben [24, 37, 45, 49].

Анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что существует множество определений понятия предменструального синдрома, а частота симптомов, входящих в него, по данным различных авторов, может колебаться от 100 до 300 [1, 8, 12, 20, 24, 37, 41].

Предменструальный синдром — это патологический симптомокомплекс, который возникает во второй фазе менструального цикла, проявляется нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. В последнее время появились обязательные требования к определению ПМС: рекомендуется указывать временные аспекты клинических проявлений (за 2–12 дней до менструации) и периодов ремиссии (не менее 7–12 дней на протяжении цикла) [1, 9, 14, 33].

Заболевание характерно для женщин фертильного возраста, имеющих овуляцию, при этом циклические изменения в организме женщины тесно связаны с ее психическим состоянием [22, 30, 46, 47]. Большинство исследователей считают, что некоторые симптомы могут отрицательно сказываться на обычном образе жизни женщины и ее трудоспособности [50, 52].

В настоящее время выделяют особую форму ПМС — предменструальный дисфорический синдром, когда максимальные проявления отмечаются со стороны психической сферы [24, 30, 33, 52].

75–90% всех женщин репродуктивного возраста отмечают появление отдельных психических и физических симптомов перед менструацией. Из этого числа характерная картина ПМС регистрируется у 50% пациенток. Тяжелая клиника ПМС отмечается у 2–17% в различных исследованиях [26, 50]. Предменструальный дисфорический синдром с преобладанием психических нарушений встречается у 3:8% женщин [30, 33, 40, 50]. При обследовании 1194 женщин с клиникой ПМС было установлено, что легкая степень синдрома диагностирована у 15,6%, умеренная — у 67,1%, тяжелая — у 12,7%, а предменструальный дисфорический синдром — у 4,7% пациенток [50].

Возрастные аспекты появления клинической симптоматики ПМС ограничены репродуктивным периодом, но считается, что он встречается реже в возрасте до 24 лет и начинает превалировать после 30 лет [22, 24, 35, 48]. Большинство исследо-

вателей относят предменструальный синдром не только к медицинской, но и к психосоциальной проблеме. Из-за регулярно появляющихся нарушений психики, поведения и физического состояния ПМС может быть причиной нарушения личной жизни и производственной карьеры, а также асоциального поведения [10, 44, 47, 48].

Биологические процессы в организме и этиопатогенез ПМС до конца не изучены. Придается значение изменению секреции и метаболизма альдостерона, ренина и ангиотензина; нарушению регуляции водно-электролитного обмена; гиперпростагландинемии; гиперпролактинемии; нарушению витаминно-минерального баланса. Особое внимание уделяется дисбалансу половых стероидов, функциональному изменению в системе гипоталамус–гипофиз–яичники. Доказано, что эстрогены и прогестерон оказывают значительное воздействие на центральную нервную систему. При геномном механизме происходит взаимодействие стероидов с цитоплазматическими рецепторами. При негеномном механизме гормоны оказывают прямое влияние на мембранную функцию нейронов (адренергический, серотонинергический, ГАМК-ергический пути), синаптогенез. Эти изменения происходят в центрах, осуществляющих регуляцию репродуктивной функции, а также в лимбических отделах мозга, ответственных за эмоции и поведение [1, 8, 20, 24, 30, 36, 37, 41, 46].

Доказательством подобного влияния является тот факт, что многие симптомы исчезают при подавлении активности яичников и могут возобновиться при назначении экзогенных гормонов у женщин после оофорэктомии. Комбинированные оральные контрацептивы подавляют овуляцию с заменой эндогенной флюктуации яичниковых стероидов на стабильный уровень, что часто уменьшает тяжесть ПМС [52].

Все симптомы условно подразделяются на 3 группы: физические, поведенческие и эмоциональные [24]. В зависимости от преобладания симптомов выделяют клинические формы ПМС: нервно-психическая, отечная, цефалгическая, кризовая и атипическая [1, 8, 12, 14, 22, 41]. К отклонениям со стороны психоэмоциональной сферы относятся депрессия, колебания настроения, раздражительность, беспокойство, утрата самоконтроля, озлобленность, непредсказуемость, внутреннее напряжение, плаксивость, бессонница, агрессивность, апатия, чувство страха, тоска, слабость, утомляемость, обонятельные и слуховые галлюцинации. При преобладании отечной формы отмечаются отеки лица, голеней, пальцев рук; нагрубание и болезненность молочных желез; кожный зуд; потливость; прибавка в весе; го-

ловные боли; задержка жидкости. Цефалгическая форма проявляется головными болями по типу мигрени с тошнотой и рвотой, головокружением, сердцебиением, болями в области сердца, бессонницей. Для кризовой формы характерны повышение АД, тахикардия, чувство страха, боли в сердце без изменений на ЭКГ. Особо выделяют атипические формы, которые проявляются широким спектром жалоб и клинической картины и не всегда полностью укладываются в картину ПМС (гипертермическая, офтальмоплегическая, гиперсомническая формы, циклические аллергические реакции и рвота, предменструальная бронхиальная астма и другие).

Кроме того, выделяют 3 стадии предменструального синдрома: компенсированная (стабильная), субкомпенсированная (прогрессирование тяжести, длительности и количества симптомов), декомпенсированная (тяжелое течение с уменьшением светлых промежутков) [1, 8].

С целью объективизации жалоб предложены различные методы оценки тяжести ПМС, которые основаны, преимущественно, на анализе частоты и длительности симптомов [6, 8, 22, 41]. Диагностика предменструального синдрома строится на тщательном опросе пациентки, при котором выявляется циклический характер патологических симптомов. Предлагается использовать ведение специального дневника в течение не менее 3 менструальных циклов, в котором отражены возможные патологические симптомы. Согласно рекомендациям АCOG (2005) диагноз ПМС может быть поставлен, если у пациентки имеется один или более из нижеперечисленных симптомов в течение не менее 5 дней перед менструацией в каждом из последних 3 месяцев. Симптомы должны исчезнуть на протяжении 4 дней после начала менструации и не могут появиться раньше, чем на 13-й день цикла. Для диагностики ПМС учитываются соматические жалобы (головная боль, нагрубание молочных желез, вздутие живота, отеки) и аффективные симптомы (раздражительность, депрессия, вспышки гнева, волнение, тревога и страх, социальное самоотстранение) [24, 44].

В последние годы для динамической оценки эффективности лечения ПМС нашло применение использование визуально-аналоговой шкалы, которая первично применялась для оценки болевого синдрома в других областях медицины [6, 8, 33, 51, 54]. По показаниям с учетом жалоб и клинической картины рекомендуется исследование гормонального спектра (уровень пролактина, тиреотропного гормона, половых стероидов и др.).

Инструментальные методы исследования применяются в основном с целью дифференци-

альной диагностики (электроэнцефалография, реовазография, рентгенография или магнитно-резонансная томография головы, ультразвуковое исследование молочных желез, маммография и др.) [12, 20, 43].

С учетом многообразия патофизиологических аспектов и клинических проявлений лечение иногда представляет серьезные трудности. На первом этапе целесообразно дать советы по нормализации режима труда, отдыха и сна, нормализации веса, преодолению психологических проблем. В серьезных изменениях нуждается ежедневное питание. Рекомендуются диета с уменьшением потребления алкоголя, кофеина, сахара, соли, рафинированных углеводов, консервированных и копченых продуктов. Необходимо увеличить в рационе сложные углеводы, фрукты, овощи, бобовые и ореховые культуры, рыбу, льняное масло. Показано дробное частое питание небольшими порциями с дополнительной витаминизацией. Энергетическая ценность пищи должна составлять примерно 1500 ккал в сутки [19, 20, 26, 33, 46].

Фармакологические методы лечения условно можно разделить на негормональные и гормональные. К негормональным методам лечения относят назначение витаминотерапии (особенно группы В и Е), макро- и микроэлементов (кальций, магний, селен, цинк) [10, 21, 32, 34, 42, 53]. Широко используются различные диуретики, спиронолактон и его производные; антипростагландиновые средства (нестероидные противовоспалительные препараты); антигистаминные, психотропные, седативные и антидепрессивные препараты [12, 20, 32, 33, 35, 43, 52]. Особое место в лечении женщин с ПМС занимает фитотерапия (*Agnus Castus*) [17, 29, 31, 38, 56, 57]. В ряде случаев требуется назначение средств, воздействующих на нейротрансмиттеры (парлодел) [12, 33, 36].

Гормонотерапия при предменструальном синдроме в основном направлена на временную блокаду овуляции, при этом в настоящее время имеются возможности дифференцированного подбора комбинированного орального контрацептива с антиминералокортикоидным действием (Ярина) [16, 28]. Назначение биоидентичных прогестагенов в лютеиновую фазу способствует нормализации баланса стероидных гормонов (дюфастон) [12, 14, 20, 23]. В тяжелых случаях показано назначение антигонадотропных гормонов (бусерелин) [23, 24, 51]. В качестве исключительной меры при отсутствии эффекта от других методов терапии за рубежом иногда прибегают к хирургическим методам лечения (оофорэктомия) [51].

Как было сказано ранее, одним из компонентов предменструального синдрома являются харак-

терные изменения в молочных железах. Известно, что боль в молочной железе может быть постоянной или циклической. Именно циклическая масталгия чаще присутствует как составная часть предменструального синдрома. Эта боль чаще описывается как умеренная или выраженная, билатеральная, в основном, в наружных квадрантах молочной железы, при этом отмечается нагрубание и ощущение тяжести. Боль может появиться в любой день лютеиновой фазы менструального цикла и в большинстве случаев прекращается с началом менструации. Почти половина женщин с типичной клиникой ПМС отмечают, что наличие масталгии способствует нарушению сексуальной функции. Некоторые пациентки считают, что повторяющиеся болезненные ощущения в груди оказывают неблагоприятный эффект на физическую и социальную активность и занятия спортом [18, 55].

Билатеральный, циклически повторяющийся характер боли, не является патогномичным симптомом рака молочной железы. Многие женщины, не обладая специальными знаниями, связывают болевой синдром с возможным наличием злокачественной опухоли, что вызывает или усиливает у них чувство тревоги и страха на фоне ПМС. Подобная ситуация нуждается в проведении дифференциального диагноза. Именно поэтому при наличии клинической картины масталгии следует обратить особое внимание на семейный анамнез, провести осмотр молочных желез, по показаниям выполнить ультразвуковое исследование или маммографию [40].

При планировании нашего исследования мы обратили внимание на высокую частоту масталгии у женщин с типичной клиникой ПМС (61,3%), что послужило поводом для дифференцированного подбора негормонального вида лечения. Как было сказано выше, нагрубание и болезненность в области молочных желез относятся к одному из важнейших критериев диагноза ПМС [24, 44].

В последние годы в медицинской практике стал применяться комбинированный препарат растительного происхождения Мастодион® (Бионорика, Германия), который обладает широким спектром действия, при этом побочные эффекты практически отсутствуют [25, 27, 31, 38, 39, 57]. Появилось много публикаций, касающихся использования препарата у женщин для профилактики и лечения различных заболеваний и состояний органов репродуктивной системы [2, 3, 4, 5, 7, 11, 13, 15, 54, 55].

Цель исследования

Оценить эффективность фитопрепарата Мастодион® в качестве монотерапии при лечении

Таблица 1

Характеристика обследованных женщин

Характеристика обследованных женщин	Mean±SEM
Возраст (лет)	31,48±5,35 (24–43)
Возраст менархе (лет)	13,61±1,15 (11–15)
Длительность менструации (дней)	5,45±1,29 (3–8)
Длительность цикла (дней)	31,51±5,43 (26–37)
Число беременностей	3,03±1,66 (0–7)
Число родов	1,29±0,59 (0–2)

Таблица 2

Результаты обследования пациенток до лечения

Исследуемый параметр (до лечения)	Mean±SEM
Тяжесть ПМС (n = 31, баллы)	27,03±8,84 (16–48)
Визуально-аналоговая шкала (n = 31, см)	5,10±1,62 (3–8)
Уровень пролактина (n = 19, мМЕ/л)	618,26±263,94 (235–1200)

женщин репродуктивного возраста с клиникой предменструального синдрома.

Материал и методы

Под наблюдением находилась 31 пациентка в возрасте 24–43 года (средний возраст 31,48±5,35 лет).

Критерии включения в исследование предусматривали наличие клинической картины ПМС, циклический характер патологических симптомов, репродуктивный возраст, отсутствие стойких нарушений менструального цикла.

Критериями исключения пациенток из нашего исследования являлись тяжелые соматические заболевания, прием гормональных препаратов последние 6 месяцев, применение других фармакологических средств с целью лечения ПМС.

Для проведения исследования была разработана специальная анкета. Оценка тяжести ПМС в баллах проводилась по методике Королевой Г. П. (1989). Согласно данной методике оценки тяжести ПМС к легкой степени относятся ситуации, когда сумма баллов менее 22. К средней степени тяжести относят ПМС, сумма баллов при которой составляет 22–52. Тяжелой степени тяжести соответствует сумма баллов более 52. У 21 обследованной пациентки (67,7%) отмечался ПМС средней тяжести, у 10 (32,3%) — легкой степени тяжести [6, 8].

Для предварительной самооценки самочувствия женщины и объективизации динамики клинической картины после лечения использовался показатель самооценки с помощью визуальной аналоговой шкалы (в см).

Всем женщинам с клинической картиной масталгии (n = 19) проводилось исследование уровня пролактина в сыворотке крови до и после лечения Мастоудином® (мМЕ/л). За нормальный

уровень пролактина принимался уровень пролактина меньше 512 мМЕ/л. В ряде случаев по показаниям проводились дополнительные методы обследования и консультации других специалистов.

Выбор препарата Мастодинон® для лечения ПМС был не случайным. Упоминание о клиническом использовании *Agnus castus* относится еще к IV веку до н. э. у Гиппократ, который применял его для лечения различных заболеваний у женщин. С 1975 года началось широкое клиническое применение Мастодинона®. Препарат отличается полифункциональностью, мягкостью действия, наличием эффекта последействия, отсутствием развития лекарственной болезни и эффекта «отмены». В последнее время хорошо изучен механизм действия данного препарата, который является конкурентным ингибитором D2-рецепторов дофамина (препятствует супрафизиологическому высвобождению пролактина из лактотрофов гипофиза). Кроме того, препарат устраняет действие дофамина, серотонина, норадреналина и других нейротрансмиттеров и способствует улучшению созревания фолликула и повышению активности желтого тела [3, 17, 27, 29, 31, 38, 39, 54, 56, 57].

Мастодинон® назначался в виде монотерапии в течение трех месяцев в стандартной дозировке по 30 капель 2 раза в день.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы "Statistica 6.0" для Windows XP.

Результаты исследования

В таблице 1 представлена основная характеристика обследованных женщин.

В таблице 2 показаны результаты обследования пациенток до начала лечения.

У 19 женщин из 31 (61,3%) отмечалась выраженная клиническая картина масталгии во второй

Таблица 3

Динамика уровня пролактина у пациенток с масталгией и исходно повышенным уровнем пролактина

Группы пациенток с масталгией	Уровень пролактина (мМЕ/л) Mean $\pm$ SEM
Все пациентки с масталгией до лечения (n=19)	618,26 $\pm$ 263,94 (235–1200)
Все пациентки с масталгией после лечения (n=19)	458,79 $\pm$ 157,62 (289–814)
Пациентки с масталгией и исходно повышенным уровнем пролактина до лечения (> 512 мМЕ/л, n=11)	796,36 $\pm$ 196,20 (560–1200)
Пациентки с масталгией и исходно повышенным уровнем пролактина после лечения (> 512 мМЕ/л, n=4)	726,00 $\pm$ 160,39 (610–814)

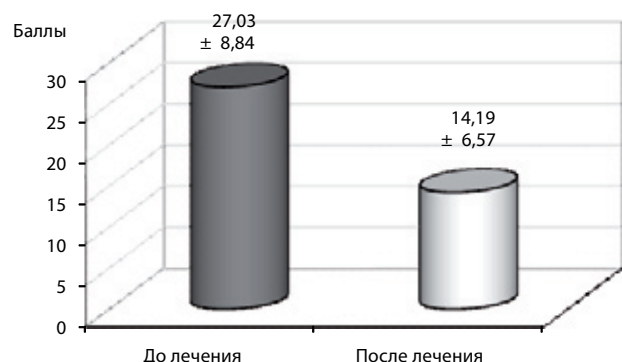


Рис. 1. Динамика тяжести ПМС после лечения мастодином (в баллах)

фазе менструального цикла, что нередко являлось основным поводом для обращения к врачу. Мы расценивали это как одно из основных проявлений предменструального синдрома. У 11 пациенток (57,9%) из числа обследованных с клиникой масталгии при первичном обследовании были выявлены повышенные показатели пролактина в сыворотке крови в пределах функциональных изменений.

В таблице 3 показана динамика уровня пролактина после лечения у пациенток с масталгией как симптомом ПМС, в том числе с исходно повышенным уровнем пролактина.

Из таблицы видно, что при обследовании женщин с клиническими проявлениями масталгии колебания уровня пролактина были значительными, хотя не превышали 1200 мМЕ/л. Это укладывалось в клиническую картину функциональной гиперпролактинемии. Средний показатель (618,26 $\pm$ 263,94 мМЕ/л) достоверно превышал норму. После лечения мастодином через 3 месяца средний показатель уровня пролактина не превышал верхнюю границу нормы. Если проанализировать отдельно группу пациенток, у которых клиника масталгии исходно сочеталась с повышенным уровнем пролактина в сыворотке крови, то очевидно, что средний уровень пролактина до лечения у них был выше, чем во всей группе (796,36 $\pm$ 196,20 мМЕ/л). Именно у этих пациенток отмечалось незначительное снижение уровня пролактина после лечения по сравнению со всей группой.

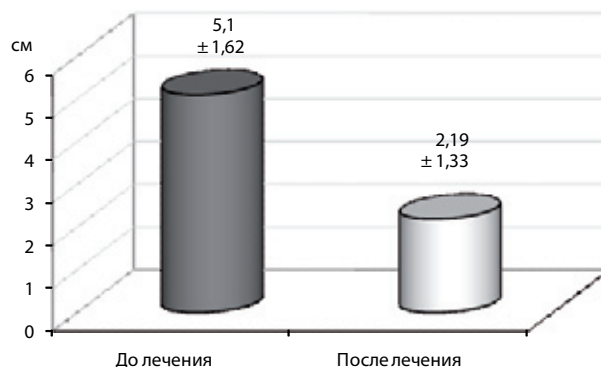


Рис. 2. Динамика самооценки визуально-аналоговой шкалы после лечения мастодином (в см)

На рисунке 1 представлена динамика тяжести ПМС по шкале Королевой Г. П. [2] после лечения.

Как видно из представленного рисунка, средняя балльная оценка тяжести предменструального синдрома у обследованных женщин, рассчитанная по специальной таблице, снизилась в 2 раза. Эффективность проведенного лечения доказывает и анализ самооценки женщинами визуально-аналоговой шкалы после лечения мастодином (рис. 2).

Очевидно, что после проведенной монотерапии мастодином женщины иначе проводили самооценку своего самочувствия, поскольку показатель визуально-аналоговой шкалы снизился в 2,3 раза.

Эффективность лечения ПМС с учетом исходных параметров тяжести заболевания представлена на рисунке 3.

На представленном рисунке видно, что после завершения курса монотерапии число женщин с ПМС средней тяжести уменьшилось в 3 раза и составило 22,6% от общего числа обследованных. У части больных отмечено снижение тяжести ПМС, поэтому число женщин с легкой формой увеличилось (61,3%). У 5 (16,1%) пациенток через 3 месяца наблюдения жалобы полностью отсутствовали.

При анализе эффективности лечения группы пациенток, получавших мастодион (n=31), получены результаты, представленные на рисунке 4.

32,2% женщин отметили некоторое улучшение после 3-месячного курса терапии масто-

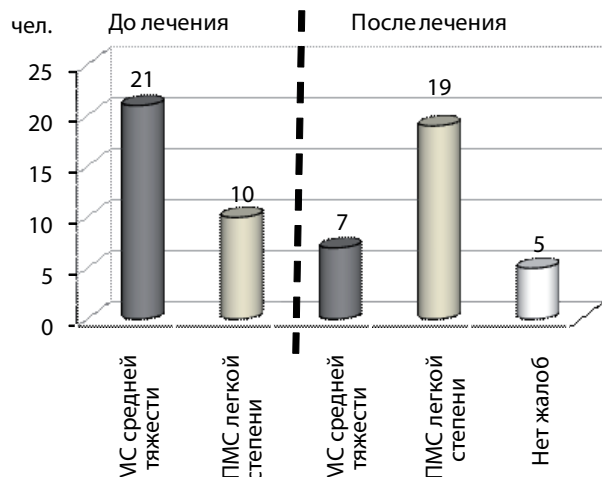


Рис. 3. Эффективность лечения мастодином с учетом тяжести ПМС (чел.)

диноном. 45,2% обследованных указывали на улучшение самочувствия. 6,5% пациенток считали, что у них отмечалось значительное улучшение состояния, а 16,1% никаких жалоб не предъявляли.

Выводы и заключение

Под наблюдением находилась 31 женщина репродуктивного возраста с клинической картиной ПМС, в том числе у 21 — средней, у 10 — легкой степени тяжести. У 19 женщин с ПМС отмечалась клиническая картина масталгии (61,3%). У 11 из 19 пациенток с масталгией (57,9%) диагностирована функциональная гиперпролактинемия.

На фоне применения мастодиона в течение 3 месяцев уменьшилось число регистрируемых клинических симптомов ПМС. Уровень пролактина снизился у всех пациенток с его исходно повышенным уровнем. Показатели оценки тяжести ПМС в баллах после лечения мастодином уменьшились почти в 2 раза ($p < 0,05$). Показатель самооценки состояния с помощью визуально-аналоговой шкалы после лечения мастодином был ниже в 2,3 раза ($p < 0,001$).

Субъективное улучшение состояния на фоне лечения мастодином на протяжении 3 месяцев отмечено практически у всех пациенток. Клиническая эффективность лечения ПМС мастодином подтверждена у 21 женщины (67,7%). Случаев непереносимости и/или самоотмены препарата не было. В двух случаях отмечены небольшие боли в желудке, которые трудно было связать только с применением мастодиона.

Мешает ли что-нибудь широкому использованию мастодиона при лечении женщин с ПМС? Опрос врачей и пациенток показал, что в ряде случаев имеются факты недостаточного знания многофакторного этиопатогенеза предменстру-

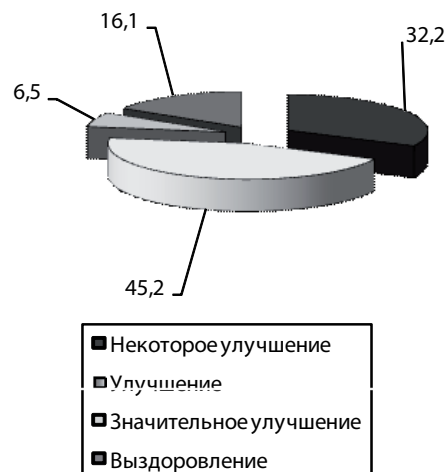


Рис. 4. Результаты лечения ПМС с применением мастодиона (%)

ального синдрома, современных методов диагностики и терапии ПМС. Кроме того, существует мнение, что предменструальный синдром — это не болезнь или заниматься лечением должны другие специалисты. Иногда отмечены случаи незнания состава препарата и механизма действия, а также недоверия к препаратам растительного происхождения как со стороны врачей, так и со стороны пациенток.

Наше исследование показало, что мастодион может с успехом использоваться при лечении женщин с ПМС легкой и средней степени тяжести, в том числе при наличии масталгии и функциональной гиперпролактинемии.

Литература

1. Балан В. Е., Ильина Л. М. Предменструальный синдром // Consilium medicum. — 2002. — Т. 10, № 10. — С. 3–5.
2. Башмакова Н. В., Кучумова О. Ю., Матковская Л. И. Оценка клинической эффективности препарата «Мастодион» в комплексной терапии нарушений менструального цикла у подростков // Мед. кафедра. — 2003. — Т. 3, № 7. — С. 1–8.
3. Бурдина Л. М. Лечение заболеваний молочной железы и сопутствующих нарушений менструальной функции мастодином // Леч. врач. — 1999. — № 8. — С. 13–15.
4. Бурдина Л. М., Бурдина И. И. Мастодион и его роль в лечении доброкачественных заболеваний молочных желез // Маммология. — 1998. — № 4. — С. 28–34.
5. Гордеева Г. Д. Применение препарата Мастодион при функциональном отклонении в репродуктивной системе // Репрод. здоровье женщины. — 2002. — Т. 3, № 12. — С. 47–51.
6. Королева Г. П. Рефлексотерапия женщин с раздраженной толстой кишкой на фоне предменструального синдрома: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1989. — 23 с.

7. Кузмина С. В., Гатина Т. А., Зыряев Н. А. Опыт использования фитопрепаратов в клинике бесплодия // Мед. кафедра. — 2005. — Т. 3, № 15. — С. 114–119.
8. Линде В. А., Татарова Н. А. Предменструальный синдром: патогенез, симптоматика, традиционное и нетрадиционное лечение. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 216 с.
9. Межевитинова К. А. Предменструальный синдром и комбинированные гормональные контрацептивы // Гинекология. — 2002. — Т. 4, № 6. — С. 250–253.
10. Межевитинова К. А., Прилепская В. Н., Назарова Н. М. Роль магния в развитии предменструального синдрома // Гинекология. — 2003. — Т. 5, № 5. — С. 66–72.
11. Новые подходы к синдрому гиперпролактинемии / Вишневский А. С. [и др.] // Ж. акуш. жен. болезн. — 2000. — Вып. 1. — С. 39–41.
12. Предменструальный синдром // Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / ред. В. И. Кулаков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С. 391–412.
13. Тагиева Т. Т., Волобуев А. И. Применение мастодиона у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией // Гинекология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 84–89.
14. Тихомиров А. Л., Олейник Ч. Г. Предменструальный синдром // Трудный пациент. — 2004. — Т. 2, № 2. — С. 38–42.
15. Уварова Е. В. Новые возможности применения препарата Мастодинон в практике детского гинеколога // Репр. здор. детей и подростков. — 2005. — № 2. — С. 12–15.
16. Шахламова М. Н., Буданов П. В. Новое в лечении предменструального синдрома // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2004. — Т. 3, № 4. — С. 36–38.
17. Activation of the μ -opiate receptor by Vitex agnus-castus methanol extracts: Implication for its use in PMS / Webster D. E. [et al.] // J. Ethnopharmacol. — 2006. — Vol. 106, № 2. — P. 216–221.
18. Ader D. N., Browne M. W. Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic-based sample // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 177. — P. 126–132.
19. Adrienne B. The Potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS) symptoms // J. Amer. Col. Nutrition. — 2000. — Vol. 19, № 1. — P. 3–12.
20. Bhatia S. C. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder // Am. Fam. Physician. — 2002. — Vol. 66. — P. 1239–1248.
21. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual syndrome study group / Thys-Jacobs S. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1998. — Vol. 179. — P. 444–452.
22. Chandra P. S., Chaturvedi S. K., Guraraj G. Identification and assessment of premenstrual symptoms and syndromes in women. An epidemiological approach to the investigation // NIMHANS J. — 1994. — Vol. 12, № 1. — P. 1–8.
23. Chaste tree (vitex agnus-castus) — pharmacology and clinical indications / Wuttke W. [et al.] // Phytomedicine. — 2003. — Vol. 10, № 4. — P. 348–357.
24. Dickerson V. M. PMS and PMDD: diagnostic spectrum / PMS/PMDD and quality of life: advances in management // Contemporary OB/GYN. — 2002. — Suppl. — P. 4–8.
25. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. Chaste tree (Vitex agnus-castus) — pharmacology and clinical indications / Schmidt P. J. [et al.] // N. Engl. J. Med. — 1998. — Vol. 338, № 4. — P. 209–216.
26. Domoney C. L., Vashisht A., Studd J. W. Use of complementary therapies by women attending a specialist premenstrual syndrome clinic // Gynecol. Endocrinol. — 2003. — Vol. 17. — P. 13–18.
27. Effects of isoflavonoids and other plant-derived compounds on the hypothalamus-pituitary-thyroid hormone axis / Hamann I. [et al.] // Maturitas. — 2006. — Vol. 55, Suppl. 1. — P. S14–25.
28. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder / Yonkers K. A. [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 106, № 3. — P. 492–501.
29. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review / Wyatt K. [et al.] // B. M. J. — 2001. — Vol. 323. — P. 1–8.
30. Elliott H. Premenstrual dysphoric disorder. A guide for the treating clinician // N. C. M. J. — 2002. — Vol. 63, № 2. — P. 72–75.
31. Evidence for estrogen receptor beta-selective activity of Vitex agnus-castus and isolated flavones / Jarry H. [et al.] // Planta Med. — 2003. — Vol. 69, № 1. — P. 945–947.
32. Evidence-based recommendations for managing premenstrual syndrome // Women's health in Primary Care. — 2000. — Vol. 3, № 10. — P. 735–738.
33. Frackiewicz E. J., Shiovitz T. M. Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder // J. Am. Pharm. Assoc. — 2001. — Vol. 41, № 3. — P. 437–447.
34. Freeman E. W., Rickels K. Characteristics of placebo responses in medical treatment of premenstrual syndrome // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 1403–1408.
35. Frye G. M., Silverman S. D. Is it premenstrual syndrome? Keys to focused diagnosis, therapies for multiple symptoms // Postgrad. med. — 2000. — Vol. 107, № 5. — P. 151–159.
36. Halbreich U. Algorithm for treatment of premenstrual syndromes (PMS): experts' recommendations and limitations // Gynecol. Endocrinol. — 2005. — Vol. 20, № 1. — P. 49–57.
37. Head K. A. Premenstrual syndrome: nutritional and alternative approaches // Alt. Med. Rev. — 1997. — Vol. 2, № 1. — P. 12–25.
38. In vitro assays for bioactivity-guided isolation of endocrine active compounds in Vitex agnus-castus / Jarry H. [et al.] // Maturitas. — 2006. — Vol. 55, Suppl. 1. — P. S26–36.
39. Isolation of linoleic acid as an estrogenic compound from the fruits of Vitex agnus-castus L. (chaste-berry) / Liu J. [et al.] // Phytomedicine. — 2004. — Vol. 11, № 1. — P. 18–23.
40. Johnson S. R. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners // Obstet. Gynecol. — 2004. — Vol. 104. — P. 845–859.
41. Kahn L. S., Halbreich U. Understanding premenstrual syndromes // Prim. Psych. — 2003. — Vol. 10, № 2. — P. 41–45.
42. Louie K. D. Calcium carbonate for premenstrual syndrome // Canad. Fam. Phys. — 2002. — Vol. 48. — P. 705–707.
43. Milewicz A., Jedrzejuk D. Premenstrual syndrome: From etiology to treatment // Maturitas. — 2006. — Vol. 55, Suppl. 1. — P. S47–54.

44. *Mishell D. R.* Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden // *Am. J. Manag. Care.* — 2005. — Vol. 11. — P. 473–479.
45. *Pearlstein T., Stone A. B.* Premenstrual syndrome // *Psych. Clin. North Amer.* — 1998. — Vol. 21, № 3. — P. 577–590.
46. Premenstrual changes and affective disorders / Endicott J. [et al.] // *Psychosom. Med.* — 1981. — Vol. 43. — P. 519–529.
47. Premenstrual symptoms and perimenopausal depression / Richards M. [et al.] // *Am. J. Psych.* — 2006. — Vol. 163. — P. 133–137.
48. Premenstrual syndrome as a predictor of menopausal symptoms / Freeman E. W. [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 103. — P. 960–966.
49. *Rubinow D. R., Roy-Byrne P.* Premenstrual syndromes: overview from a methodologic perspective // *Am. J. Psychiatry.* — 1984. — Vol. 141, № 2. — P. 163–172.
50. Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population / Sternfeld B. [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 2002. — Vol. 99. — P. 1014–1024.
51. *Steiner M., Streiner D. L., Phan B.* Validation of a revised visual analog scale for premenstrual mood symptoms: results from prospective and retrospective trials // *Can. J. Psychiatry.* — 2005. — Vol. 50. — P. 327–332.
52. Symptom-onset treatment for women with premenstrual dysphoric disorder / Yonkers K. A. [et al.] // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2006. — Vol. 26. — P. 198–202.
53. *Thys-Jacobs S.* Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium // *J. Amer. College Nutr.* — 2000. — Vol. 19, № 2. — P. 220–227.
54. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus castus extract: results of a placebo-controlled double-blind study / Halaska M. [et al.] // *Breast.* — 1999. — Vol. 8, № 4. — P. 175–181.
55. Treatment of mastalgia with a preparation containing Vitex agnus castus (Mastyodynon) — results of two double-blind studies / Beles P. [et al.] // *Focus Altern. Complement. Ther.* — 1997. — Vol. 2. — P. 189–193.
56. Vitex agnus castus: a systematic review of adverse events / Daniele C. [et al.] // *Drug Saf.* — 2005. — Vol. 28, № 4. — P. 319–332.
57. Vitex agnus castus: Successful treatment of moderate to severe premenstrual syndrome / Prilepskaya V. N. [et al.] // *Maturitas.* — 2006. — Vol. 55, Suppl. 1. — P. S55–63.

Статья представлена М. А. Тарасовой,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

SOME PROBLEMS OF PREMENSTRUAL SYNDROME AND ALTERNATIVE THERAPY RESOURCES

Gumenyuk E. G.

■ **Summary:** In article the review of the literature, concerning problems of a premenstrual syndrome is presented. The etiopathogenesis, epidemiology, classification of a premenstrual syndrome, and also principles of diagnostics and modern methods of therapy are covered. Own clinical observations over patients with a premenstrual syndrome are presented. The estimation of gravity of a premenstrual syndrome, the analysis of a self-rating with use of a visually-analog scale, definition of a level of prolactin in dynamics are investigated. Efficiency of application Mastodinon as monotherapy at women with a premenstrual syndrome is shown.

■ **Key words:** a premenstrual syndrome; epidemiology; an etiology; classification; diagnostics; treatment; an estimation of a degree of gravity; a visually-analog scale; prolactin; Mastodinon®.

■ Адреса авторов для переписки

Гуменюк Е. Г. — д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, зам. декана по НИР и постдипломному образованию, председатель Карельской ассоциации врачей акушеров-гинекологов. Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии, родильный дом им. К. А. Гуткина. 185640, Карелия, г. Петрозаводск, Ленина 33.
E-mail: elenagum@karelia.ru

Gumenyuk E. G. — MD, professor, Head. Department of Obstetrics and Gynecology. Petrozavodsk State University, Department of Obstetrics and Gynecology. Karelia, Russian Federation, Lenina St.33, Petrozavodsk, 185640.
E-mail: elenagum@karelia.ru