

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ КОНСЕНСУС ШВЕЙЦАРІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ*

PETRA STUTE

кафедра акушерства та гінекології, університетська лікарня Берна, м. Берн, Швейцарія

CHRISTINE BODMER

управління жіночого здоров'я, госпіталь Бетесда, м. Базель, Швейцарія

ULRIKE EHLERT

Інститут психології, Цюрихський університет, м. Цюрих, Швейцарія

ROGER ELTBOGEN

Швейцарське товариство фітотерапії, SMGP, м. Веденсвіль, Швейцарія

та інші автори

Контакти:

Petra Stute

Department of Gynecologic Endocrinology and Reproductive Medicine, University Clinic of Obstetrics and Gynecology, Inselspital Berne Effingerstrasse 102, 3010 Berne, Switzerland
Tel.: (0) 31-632-1303
email: petra.stute@insel.ch

Передменструальний синдром (ПМС) та передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР) вражають жінок протягом усього репродуктивного віку. Оскільки їхні симптоми різняться, жінки можуть звертатися до різних фахівців, наприклад, лікарів загальної практики, акушерів-гінекологів, психіатрів. З метою полегшення та покращення тактики ведення пацієнток, які страждають на ПМС/ПМДР, у квітні 2016 року в Швейцарії було проведено міждисциплінарну експертну нараду гінекологів, гінекологів-ендокринологів, психіатрів, психологів та спеціалістів з фітотерапії з метою створення алгоритму з ведення ПМС/ПМДР з урахуванням репродуктивного періоду жінки.

ВИЗНАЧЕННЯ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Міжнародне товариство з питань передменструальних розладів (International Society for Premenstrual Disorders, ISPD) опублікувало оновлений консенсус, згідно з яким класичний передменструальний розлад (ПМР) слід відрізнити від його варіацій (табл. 1).

Класичний ПМР можна додатково класифікувати на:

- 1) ПМР з переважно соматичними симптомами;
- 2) ПМР з переважно психологічними симптомами;
- 3) змішану форму із соматичними та психологічними симптомами.

Найпоширенішими психологічними симптомами є різка зміна настрою, дратівливість, тривога і депресія. При обстеженні жінок із переважно психологічними симптомами можна використовувати критерії Діагностичних та

статистичних настанов із психічних захворювань (DSM-5) щодо ПМДР (табл. 2).

Приблизно у 30–40% жінок реєструють симптоми ПМС, а 3–8% жінок репродуктивного віку мають ПМДР [3]. Тривалість цих симптомів може бути різною: від кількох днів до двох тижнів упродовж одного МЦ. Симптоми зазвичай нарастають за тиждень до початку менструації і є максимально вираженими за два дні до неї. Перед овуляцією симптоми найчастіше відсутні.

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для складання оптимального плану лікування під час першої консультації слід отримати від жінки основні відомості, необхідні для прийняття спільного рішення щодо лікування ПМР ([4–6], модифіковані дані):

- Анамнез менструацій/період репродуктивного віку: частота, тривалість, тяжкість, болючість, регулярність менструацій, наявність аменореї, відомості про останній менструальний період, вагітність.
- Анамнез ПМР: вік, в якому почалися розлади, їх характер, періодичність і тяжкість, наявність або відсутність симптомів після менструації, наявність безсимптомного періоду під час фолікулярної фази.
- Порушення діяльності: вплив симптомів на робочий процес, навчання, побутову, соціальну активність тощо (щонайменше 3–5 днів); ступінь дистресу.
- Супутні патологічні стани (психологічні, фізичні стани, хвороби), прояви яких нарастають перед початком менструації.
- Суїцидальні наміри.

Таблиця 1. Класифікація ПМР [1]

Категорія передменструального розладу	Характеристики
Класичний ПМР (ПМС, ПМДР)	Симптоми виникають в овуляторних менструальних циклах (МЦ) Симптоми неспецифічні – вони можуть бути соматичними та/або психологічними Симптоми відсутні після менструації та перед овуляцією Симптоми повторюються в лютеїновій фазі Симптоми слід оцінювати проспективно (впродовж мінімум двох МЦ) Симптоми викликають значні порушення діяльності (на роботі, навчанні, під час різних заходів, дозволя і при взаємодії з іншими людьми); виникає дистрес
Варіанти ПМР Передменструальне загострення	Симптоми основного психологічного, соматичного розладу або захворювання суттєво нарастають перед менструацією
ПМР, зумовлений неовуляторною активністю яєчників (зустрічається рідко)	Симптоми виникають внаслідок активності яєчників, не пов'язаної з овуляцією
Прогестаген-індукований ПМР	Симптоми виникають внаслідок екзогенного введення прогестагену
ПМР за відсутності менструації	Симптоми виникають внаслідок тривалої активності яєчників, навіть в умовах пригнічення менструації

* Скорочений переклад статті, опублікованої в журналі Gynecological Endocrinology 33 (2017). DOI: 10.1080/09513590.2017.1284788

Таблиця 2. Критерії ПМДР за DSM-5 [2]

A	Протягом більшості МЦ принаймні 5 симптомів присутні в останній тиждень перед початком менструації, потім зменшуються впродовж кількох днів після її початку та стають мінімальними або відсутні протягом тижня після менструації.
B	Присутній щонайменше один симптом: <ul style="list-style-type: none"> • виражена афективна лабільність (наприклад, різка зміна настрою, безпричинний смуток, підвищена образливість); • виражений гнів чи дратівливість або часті конфлікти з іншими людьми; • виражене відчуття безнадії, пригнічений настрій, самокритичні думки; • виражена напруга, тривога, надмірна настороженість.
C	Присутній щонайменше один симптом, а в сумі з вищенаведеними симптомами критерію B спостерігається 5 симптомів: <ul style="list-style-type: none"> • порушення концентрації уваги; • порушення апетиту, потяг до певної їжі, до переїдання; • зниження інтересу до звичайної діяльності; • швидка втомлюваність, нестача енергії; • відчуття знесилення або неможливості контролю своєї поведінки; • болючість грудей, здуття живота, збільшення маси тіла або біль у м'язах/суглобах; • надмірний сон або безсоння.
D	Симптоми супроводжуються клінічно значущим дистресом або порушенням діяльності на роботі, навчанні, під час повсякденної активності або при взаємодії з іншими людьми.
E	Розлад не є звичайним загостренням симптомів іншого патологічного стану або психічного порушення (хоча можуть виявлятися інші захворювання).
F	Наявність критерію А слід визначати за даними прогностичного оцінювання протягом щонайменше 2 МЦ, під час яких наявні симптоми.
G	Симптоми не пов'язані з фізіологічною дією певної речовини або іншого патологічного стану.

- Переносимість попередньої або поточної гормонотерапії.
- Планування сім'ї та готовність використовувати під час лікування бар'єрні методи контрацепції.
- Ставлення до різних (у т. ч. альтернативних) методів лікування ПМР.
- Анамнез лікування ПМР: ефективність, побічні ефекти.
- Прихильність до лікування.

Після отримання вищезгаданої інформації необхідно виконати основні лабораторні дослідження (бажано на 2–5-й день МЦ, між 8.00 та 9.00 годинами ранку, натще) (табл. 3) та систематично оцінювати симптоми.

Таблиця 3. Основні лабораторні дослідження (сироватка крові)

Ендокринний розлад/стан	Показники сироватки крові
Період репродуктивного віку	Фолікулостимулюючий гормон, естрадіол (E ₂)
Порушення функції щитоподібної залози	Тиреотропний гормон
Гіперпролактинемія	Пролактин
Синдром Кушинга/хвороба Аддісона	Кортизол

Оскільки симптоми ПМС та ПМДР є неспецифічними і схожі із симптомами інших патологічних станів, для підтвердження діагнозу необхідно виявити достовірні та надійні проспективні симптоми. Зокрема ПМДР часто супроводжуються порушеннями психіки, наприклад, депресією (23%), біполярним розладом (8%) і тривожністю (7%) [7], тому важливо зібрати в пацієнтки анамнез про будь-які супутні психічні хвороби та схильність до суїциду. ПМДР можна відрізнити від ПМС за допомогою критеріїв DSM-5 (див. табл. 2), тоді як диференційна діагностика ПМС є складнішою. В англійських країнах найчастіше використовується Анкета щоденного обліку тяжкості симптомів (DRSP) – валідований опитувальник для самостійного заповнення, є також й інші інструменти збору даних.

Незалежно від обраного виду анкети, мінімальна тривалість записів має охоплювати два послідовних МЦ. Актуальна проблема всіх анкет – відсутність у них нормативних значень, що свідчать про наявність ПМС. Натомість під час

досліджень необхідне дотримання строгих критеріїв ПМС, встановлених Національним інститутом охорони здоров'я США (National Institute of Health, NIH). До цих критеріїв належить наростання симптомів ПМС щонайменше на 30% у період між фолікулярною (5–10-й дні МЦ) та лютеїноюю (за 6 днів до менструації) фазами. Крім того, ПМДР чітко визначений критеріями DSM-5.

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПМР

При лікуванні ПМР застосовують когнітивно-поведінкову терапію (особливо при ПМДР), альтернативні методи терапії, застосування психотропних препаратів, гормонотерапії, діуретиків та хірургічні втручання. Слід зазначити, що в Швейцарії, крім застосування прутняка звичайного (*Vitex agnus-castus L.*)¹ та прогестерону, не схвалений жоден із нижченаведених методів терапії ПМР.

Альтернативні методи лікування

До альтернативних методів лікування відносяться дієта, фізичні вправи, вживання мікроелементів (кальцію, піридоксину, магнію, вітаміну Е, міо-інозитулу), терапія лікарськими рослинами – прутняком звичайним (*Vitex agnus-castus L.*), звіробоем (*Hypericum perforatum L.*), олією примули вечірньої (*Oenothera biennis L.*), шафраном (*Crocus sativus L.*), *Ginkgo biloba L.*), а також немедикаментозне лікування – когнітивно-поведінкова та голкотерапія. Слід зазначити, що лікувальні рослини можуть бути зареєстровані як харчові добавки або препарати, які реєструє Орган контролю за медичними препаратами та приладами Швейцарії (Swissmedic). В останньому випадку вони мають відповідати вимогам ефективності, безпеки та виробничого контролю. Найбільш значущі докази ефективності альтернативного лікування ПМР виявлено при застосуванні кальцію, прутняка звичайного (*Vitex agnus-castus L.*) і когнітивно-поведінкової терапії (табл. 4) [8, 9].

¹ Активна речовина препарату Префемін виробництва Амаха Pharma.

Таблиця 4. Альтернативне лікування (обрані методи) ([10], модифіковані дані)

Мікроелемент	Дозування
Кальцій	1200 мг/доба, постійно
Вітамін Е	150–600 МО/доба, постійно
Вітамін В ₆ (піридоксин)	50–100 мг/доба, постійно
Магній	200–500 мг/доба, постійно
Міо-інозитол	12 г/доба у формі порошку, постійно
Фітотерапія	Дозування
<i>Vitex agnus-castus</i> L. (плоди прутняка звичайного)	20 мг/доба*, постійно (препарат Префемін від Атаха Pharma)
<i>Hypericum perforatum</i> L. (трава звіробою)	900 мг/доба*, постійно
<i>Oenothera biennis</i> L. (олія примули вечірньої)	1–6 г/доба, постійно
<i>Crocus sativus</i> L. (шафран)	30 мг/доба*, постійно
<i>Ginkgo biloba</i> L. (листя гінкго білоба)	120–160 мг/доба*, в лютеїновій фазі МЦ

* сухий екстракт

За даними систематичного огляду, терапія екстрактом прутняка звичайного має переваги порівняно із застосуванням плацебо, піридоксину й оксиду магнію в жінок із ПМС [11]. У жінок із ПМДР, за даними одного з досліджень, дія прутняка звичайного така ж, як і у флуоксетину [12], а в іншому дослідженні флуоксетин виявився ефективнішим [13]. Ефективність *Vitex agnus-castus* L. встановлено при лікуванні як соматичних, так і психічних симптомів [11]. Загальний показник відповіді на лікування *Vitex agnus-castus* L. (дозування 20 мг сухого екстракту, препарат Префемін) в пацієток із ПМР становив 52–81% [4, 11]. Рекомендована тривалість лікування – не менше 3 місяців. Проте слід мати на увазі, що прутняк звичайний має допамінергічну дію, а отже, може взаємодіяти з антипсихотичними препаратами, хоча це припущення на сьогоднішній день не досліджене.

Психотропні препарати

До психотропних препаратів належать антидепресанти та анкіолітики. Антидепресанти можна застосовувати постійно або тільки протягом лютеїнової фази (початок – за 14 днів до передбачуваної менструації, завершення – день її настання або через кілька днів після цього). Загальний показник відповіді на лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) у пацієток із ПМР становить 50–90% [10, 14]. Ефект від лікування зазвичай спостерігають протягом 48 годин від його початку. Незважаючи на те, що постійні та періодичні схеми лікування СІЗЗС однаково ефективно усувають дратівливість та різкі зміни настрою, постійна терапія СІЗЗС ефективніша за наявності пригніченого настрою та соматичних симптомів [1, 15]. Якщо відповідь на лікування в першому терапевтичному МЦ є недостатньою, в наступному МЦ можна збільшити дозу, а також змінити СІЗЗС. Побічні ефекти, наприклад, нудота, безсоння, головний біль, загальна слабкість, діарея і запаморочення часто реєструються на початку застосування СІЗЗС (частота – 15%), але ці явища зазвичай зменшуються протягом кількох днів лікування. Навпаки, статеві розлади, приміром, зниження лібідо або затримка оргазму можуть зберігатися довго (частота – 9–30%), але швидко зникають після відміни СІЗЗС. Нині серед жінок із ПМР, які приймають СІЗЗС та селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (СІЗЗН), не зареєстровано жодних випадків спроб самогубства. Хоча

синдром відміни при застосуванні СІЗЗС виникає рідко, їх дозу можна поступово зменшувати, особливо коли пацієнці призначено постійну терапію.

Протягом 6–8 місяців після припинення лікування приблизно в 50% пацієток реєструють рецидив розладу, проте він може статися навіть під час прийому медикаментів. Систематично поєднання СІЗЗС з іншими препаратами (наприклад, кількома антидепресантами) під час лікування ПМР не досліджувалося. Доведено, що крім СІЗЗС для усунення симптомів ПМР можна застосовувати СІЗЗН, трициклічні антидепресанти та анкіолітики, однак доказова база для цих препаратів є значно меншою.

Жінкам із симптомами одного з варіантів ПМР, наприклад, передменструального загострення супутнього психічного розладу слід призначити терапію антидепресантами, постійно консультуючись із психіатром. Це зумовлено тим, що в деяких пацієнтів, наприклад, із передпсихотичними станами СІЗЗС можуть погіршити перебіг супутнього психічного захворювання. Крім того, при лікуванні класичного ПМР у жінок фертильного віку рекомендовано призначити препарати, які можна приймати під час вагітності (зокрема сертралін і циталопрам).

Пригнічення овуляції

Для пригнічення овуляції можна застосовувати комбіновані оральні контрацептиви (КОК), агоністи гонадотропін-рилізінг-гормону (аГнРГ), естрогени та даназол. Попередніми дослідженнями встановлено, що КОК негативно впливають на афективні симптоми в жінок із ПМР. Проте доведено, що інші препарати цієї групи, особливо з прогестагеном дроспіреноном у складі та/або коротшим періодом між прийомами таблеток, ефективні при лікуванні афективних і соматичних симптомів відповідно [8, 9, 16]. Однак оскільки застосування КОК підвищує ризик венозних тромбоемболій, під час їх прийому необхідне належне спостереження лікарем.

аГнРГ пригнічують функцію системи «гіпоталамус-гіпофіз-яєчники», викликаючи псевдоменопаузальний стан. Встановлено, що в жінок із ПМР при лікуванні і фізичних, і поведінкових симптомів показник відповіді на терапію становить 60–75% [17]. Разом із аГнРГ зазвичай призначають зворотну менопаузальну гормонотерапію (МГТ): естрогени в поєднанні з прогестагенами, тиболон, аби запобігти негативним наслідкам дефіциту естрогену, зокрема припливам жару і остеопорозу.

Водночас даних про довгострокову безпеку такого лікування нині немає, тому при застосуванні аГнРГ ± МГТ довше 6 місяців, а також щонайменше кожні 2 роки після припинення терапії рекомендовано проводити денситометрію кісток (в окремих випадках – з іншою періодичністю). Якщо на рентгенограмах, отриманих з інтервалом в 1 рік, виявлене значне зменшення щільності кісткової тканини, лікування аГнРГ ± МГТ слід припинити.

Трансдермальні та ін'єкційні (але не пероральні) естрогени пригнічують овуляцію та суттєво зменшують симптоми ПМР порівняно з плацебо. Щоб забезпечити захист ендометрія, прогестаген слід поєднувати, наприклад, із дидрогестероном, який не діє на центральну нервову систему,

або додатково встановити внутрішньоматкову систему з левоноргестрелом. При застосуванні останньої виявляють всмоктування гормону в системний кровообіг протягом перших 3–4 місяців, що може викликати депресію, загальну слабкість і здуття живота. Ці симптоми спостерігаються в 10% жінок із непереносимістю прогестагену [18] і зазвичай зникають за деякий час.

Очевидно, що терапією відчаю при ПМР може бути проведено двобічної оваріоектомії та гістеректомії. Доведено, що таке втручання ефективно усуває і порушення настрою, і фізичні симптоми при ПМР, але ефект від нього зберігається лише за умови призначення монотерапії естрогенами. Перш ніж рекомендувати хірургічне втручання, слід призначити аГНРГ, і таким чином визначити потенційну ефективність оваріоектомії.

Прогестагени

Ефективність застосування прогестагенів і прогестерону в жінок із ПМР не доведена, тому їх зазвичай не рекомендують застосовувати. Водночас, за даними Кокранівського огляду (2012), неефективність прогестерону при ПМС так само не доведена [19].

Діуретики

Доведено, що застосування спіронолактону, антагоніста рецепторів альдостерону, в дозі 100 мг/доба протягом лютеїнової фази зменшує як фізичні, так і афективні симптоми [20, 21]. Оскільки спіронолактон є калійзберігаючим діуретиком, пацієнток слід періодично обстежувати для виключення гіперкаліємії [9].

ШВЕЙЦАРСЬКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПМР

Швейцарський алгоритм ведення пацієнток із ПМР передбачає 5 рівнів надання медичної допомоги (первинної/вторинної) і проведення діагностичних та лікувальних заходів з урахуванням періоду репродуктивного віку жінки (репродуктивна фаза, перехідний період перед менопаузою) та залученням лікарів різного фаху.

Відповідно до багаторівневої схеми, за надання первинної медичної допомоги при ПМР відповідають сімейні лікарі й гінекологи загального профілю, тоді як надання вторинної допомоги забезпечують гінекологи-ендокринологи (провідні клініцисти), психіатри та психологи. Разом із пацієнткою вони утворюють так званий «терапевтичний трикутник», до якого за наявності показань можуть увійти фахівці з альтернативного лікування та хірурги. Первинний клінічний діагноз, що передбачає збір анамнезу та прогнозне оцінювання симптомів, має встановлювати лікар, який надає первинну медичну допомогу при ПМР.

Міждисциплінарна експертна група рекомендує записувати симптоми під час ПМС щодня або щонайменше двічі в одному МЦ – наприклад, під час фолікулярної (5–7-й день МЦ) та лютеїнової (за 14 або за 6 днів до наступної менструації) фази протягом двох послідовних МЦ.

Якщо терапія першої та другої лінії (схема 1, 2) виявилася неефективною, пацієнтку з ПМР слід спрямувати до фахівця з вторинної медичної допомоги, бажано до гінеколога-ендокринолога. Психіатр є необхідним фахівцем при наданні

вторинної медичної допомоги жінкам із варіацією ПМР та супутнім психічним захворюванням. Комплексна клінічна діагностика передбачає також виконання лабораторних досліджень сироватки крові та прогнозне оцінювання симптомів упродовж двох послідовних МЦ.

Слід зазначити, що запропонований алгоритм лікування є різним для жінок репродуктивного періоду та пацієнток у пременопаузі. Підґрунтям для всіх згаданих методів лікування має бути психологічне навчання пацієнток. У жінок репродуктивного віку, які раніше не лікувалися (схема 1), використовують терапію першої лінії, зокрема альтернативне лікування (не менше 2–3 міс).

У жінок, які не відповідали на терапію першої лінії або попередньо отримували лікування, застосовують терапію другої лінії: 2-місячний курс КОК, якщо необхідна контрацепція і немає ризику венозної тромбоемболії (ВТЕ); антидепресанти (СІЗЗС, СІЗЗН), якщо контрацепція не потрібна або є ризик ВТЕ. Пацієнткам, які почали приймати СІЗЗС, рекомендована консультація лікаря через 1 тиждень після початку лікування для виключення підвищеної тривожності. Для жінок, які планують вагітність, оптимальними препаратами СІЗЗС є циталопрам і сертралін. Трициклічні антидепресанти та анксиолітики мають призначитися виключно психіатром і тільки жінкам із тяжкою формою ПМДР.

У пацієнток, які не відповідають на терапію, або в жінок із побічними ефектами від лікування можна розпочати терапію третьої лінії (застосування спіронолактону або пригнічення овуляції трансдермальними естрогенами, до яких додають прогестаген, щоб забезпечити захист ендометрія). Жінок, які вибирають лікування спіронолактоном, слід попередити про необхідність бар'єрної контрацепції. Їм також рекомендують періодично визначати вміст калію в сироватці.

Пацієнткам, які не відповідають на будь-який варіант терапії третьої лінії, можна запропонувати пригнічення овуляції за допомогою аГНРГ в поєднанні зі зворотною МГТ (терапія четвертої лінії). В жінок, що відповідають на лікування, слід виконувати кісткову денситометрію принаймні через 6 місяців від початку лікування та щонайменше кожні 2 роки після припинення терапії (в окремих випадках – з іншою періодичністю).

Хірургічне втручання (гістеректомія, двобічна оваріоектомія) є терапією відчаю, якої в більшості випадків можна уникнути.

Жінкам репродуктивного віку з класичною формою ПМДР слід повідомити, що в них підвищений ризик розвитку депресії, яка може виникнути під час вагітності, після пологів та в пременопаузальному періоді. Ця інформація пришвидшить звернення пацієнток до лікарів різного фаху в різні періоди життя.

У жінок під час пременопаузи можуть з'являтися нові передменструальні симптоми або посилюватися вже наявні. Для початкового періоду пременопаузи характерна неоднакова тривалість МЦ, що перевищує 7 днів, часте підвищення рівнів фолікулостимулюючого гормону і зменшення резерву яйцеклітин. Пізньому етапу властиві нерегулярні МЦ з незначними кровотечами і з високою ймовірністю низький рівень естрогену в сироватці, часті загальні симптоми менопаузи.

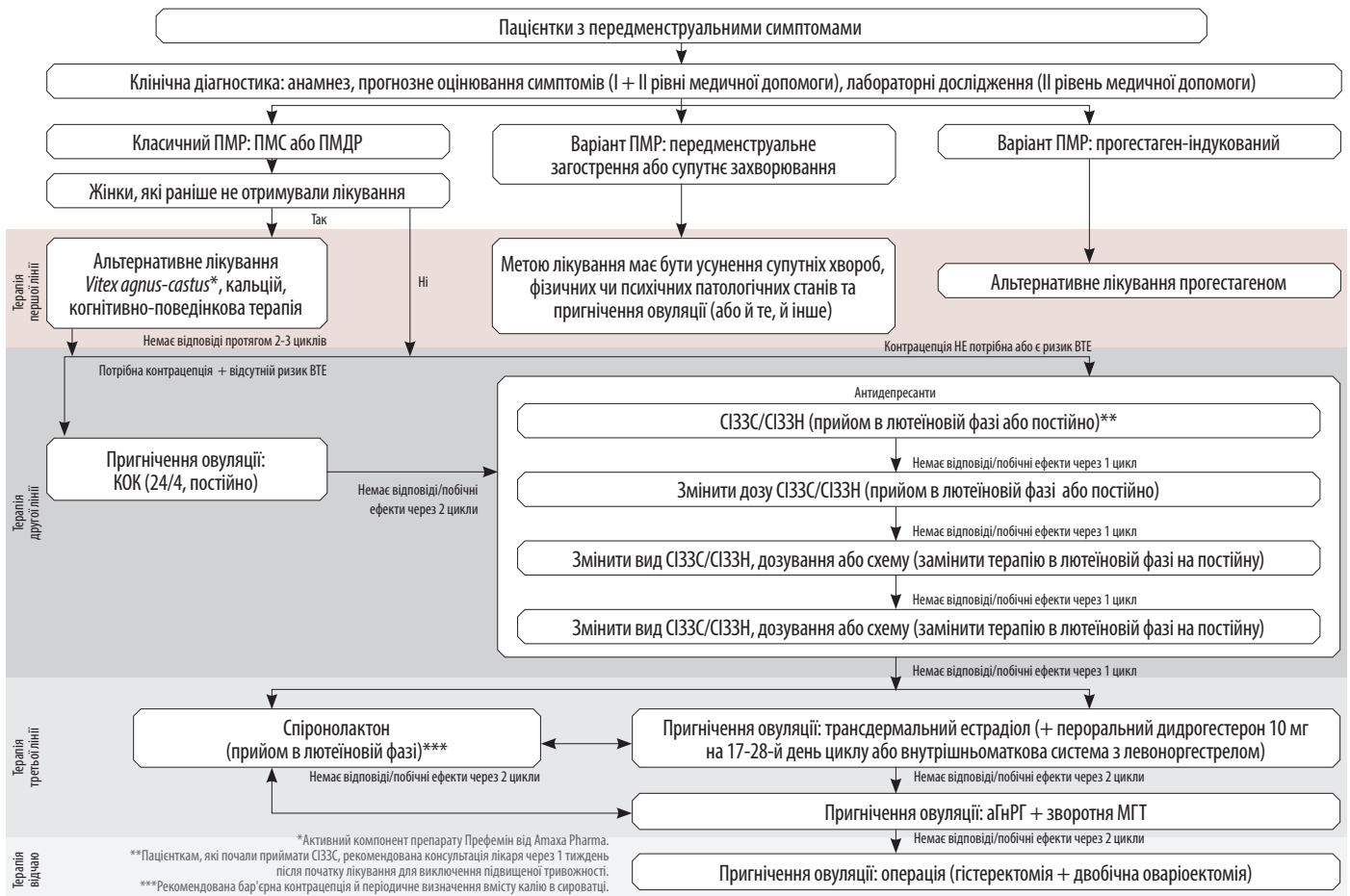


Схема 1. Алгоритм ведення ПМР в жінок репродуктивного віку

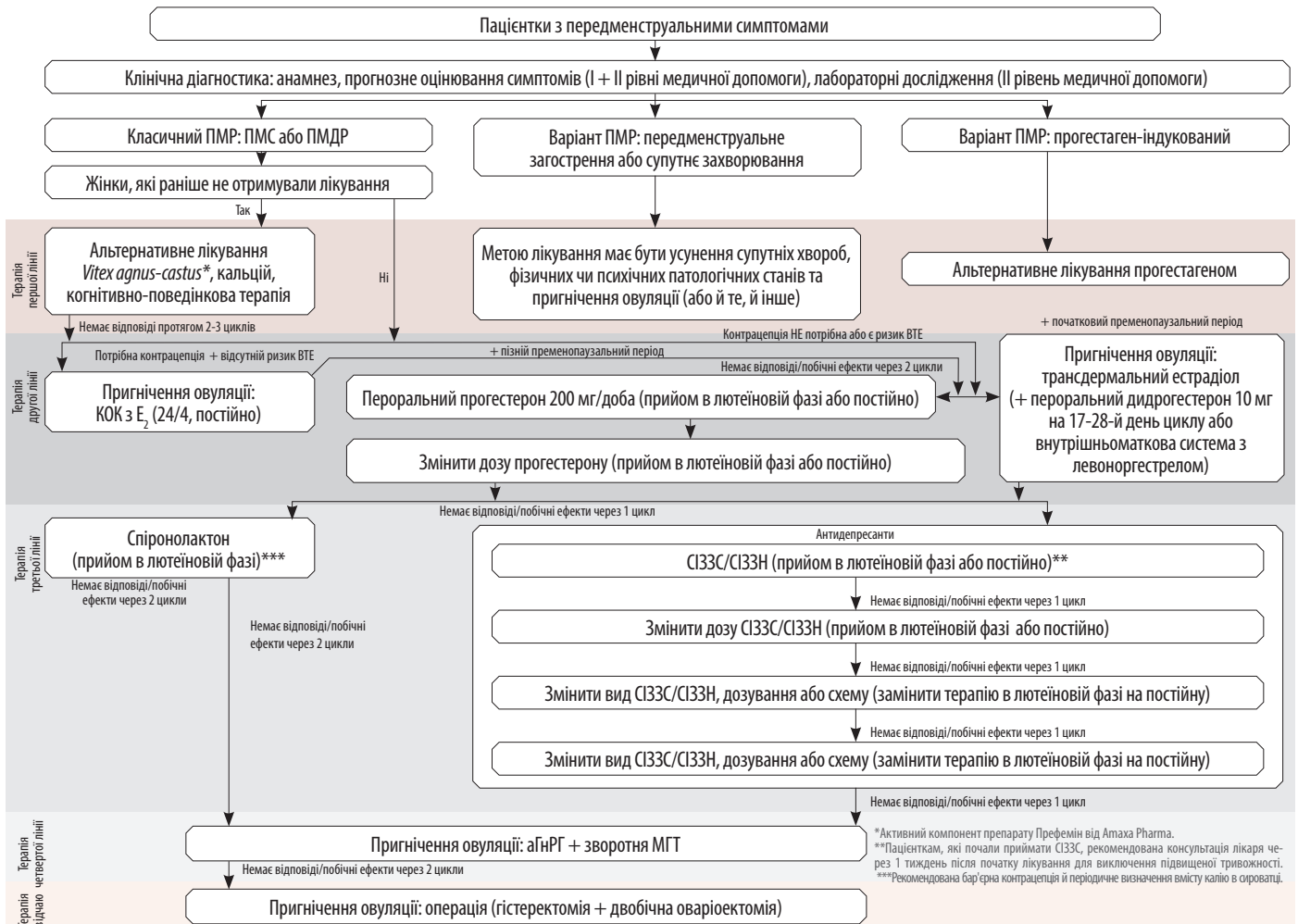


Схема 2. Алгоритм ведення ПМР в жінок у перименопаузальному періоді

Жінки під час пременопаузи, які раніше не отримували лікування, як і жінки репродуктивного віку з ПМР (схема 2), можуть спробувати як терапію першої лінії альтернативне лікування (2–3 міс).

У пацієнок, які не відповідали на терапію першої лінії або попередньо отримували лікування, застосовують терапію другої лінії, що передбачає 2-місячний курс КОК з естрадіолом (якщо необхідна контрацепція і відсутній ризик ВТЕ), застосування перорального прогестерону (початок пременопаузи, якщо контрацепція не потрібна

або є ризик ВТЕ) чи супресію овуляції трансдермальними естрогенами, які поєднують із прогестагеном для захисту ендометрія (пізня пременопауза, якщо контрацепція не потрібна або є ризик ВТЕ).

Пацієнткам, які не відповідають на терапію або в яких виникли побічні ефекти, призначають інші види лікування, наприклад, прийом антидепресантів, спіронолактону (терапію третьої лінії), аГНПГ у поєднанні зі зворотною МГТ (четверта лінія) та хірургічне втручання у формі гістеректомії і двобічної оваріоектомії (терапія відчаю).

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Landen, M., Eriksson, O., Sundblad, C., et al. "Placebo-controlled trial comparing intermittent and continuous paroxetine in premenstrual dysphoric disorder." *Neuropsychopharmacology* 32 (2007): 153–61.
2. O'Brien, S., Rapkin, A., Dennerstein, L., et al. "Diagnosis and management of premenstrual disorders." *BMJ* 342 (2011): d2994.
3. Ryu, A., Kim, T.H. "Premenstrual syndrome: a mini review." *Maturitas* 82 (2015): 436–40.
4. Schellenberg, R., Zimmerman, C., Drewe, J., et al. "Dose-dependent efficacy of the Vitex agnus castus extract Ze 440 in patients suffering from premenstrual syndrome." *Phytomedicine* 19 (2012): 1325–31.
5. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. "Management of premenstrual syndrome." *Green-Top Guideline* 48 (2007): 1–16.
6. Freeman, E.W., Ricketts, K., Sammel, M.D., et al. "Time to relapse after short- or long-term treatment of severe premenstrual syndrome with sertraline." *Arch Gen Psychiatry* 66 (2009): 537–44.
7. Bailey, J.W., Cohen, L.S. "Prevalence of mood and anxiety disorders in women who seek treatment for premenstrual syndrome." *J Womens Health Gen Dis* 8 (1999): 1181–4.
8. Nevatte, T., O'Brien, P.M., Backstrom, T., et al. "ISPM consensus on the management of premenstrual disorders." *Arch Womens Ment Health* 16 (2013): 279–91.
9. Maharaj, S., Trevino, K. "A comprehensive review of treatment options for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder." *J Psychiatr Pract* 21 (2015): 334–50.
10. Shah, N.R., Jones, J.B., Aperi, J., et al. "Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis." *Obstet Gynecol* 111 (2008): 1175–82.
11. van Die, M.D., Burger, H.G., Teede, H.J., Bone, K.M. "Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials." *Planta Med* 79 (2013): 562–75.
12. Atmaca, M., Kumru, S., Tezcan, E. "Fluoxetine versus Vitex agnus castus extract in the treatment of premenstrual dysphoric disorder." *Hum Psychopharmacol* 18 (2003): 191–5.
13. Ciotta, L., Pagano, I., Stracquadanio, M., et al. "Psychic aspects of the premenstrual dysphoric disorders. New therapeutic strategies: our experience with Vitex agnus castus." *Minerva Ginecol* 63 (2011): 237–45.
14. Marjoribanks, J., Brown, J., O'Brien, P.M., et al. "Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome." *Cochrane Database Syst Rev* 6 (2013): CD001396.
15. Freeman, E.W., Ricketts, K., Sondheimer, S.J., et al. "Continuous or intermittent dosing with sertraline for patients with severe premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder." *Am J Psychiatry* 161 (2004): 343–51.
16. Lopez, L.M., Kaptein, A., Helmerhorst, F.M. "Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome." *Cochrane Database Syst Rev* 2 (2012): CD006586.
17. Wyatt, K.M., Dimmock, P.W., Frischer, M., et al. "The effectiveness of GnRHα with and without 'add-back' therapy in treating premenstrual syndrome: a meta-analysis." *BJOG* 111 (2004): 585–93.
18. Elovainio, M., Teperi, J., Aalto, A.M., et al. "Depressive symptoms as predictors of discontinuation of treatment of menorrhagia by levonorgestrel-releasing intrauterine system." *Int J Behav Med* 14 (2007): 70–5.
19. Ford, O., Lethaby, A., Roberts, H., et al. "Progesterone for premenstrual syndrome." *Cochrane Database Syst Rev* 3 (2012): CD003415.
20. Vellacott, I.D., Shroff, N.E., Pearce, M.Y., et al. "A double-blind, placebo-controlled evaluation of spironolactone in the premenstrual syndrome." *Curr Med Res Opin* 10 (1987): 450–6.
21. Wang, M., Hammarback, S., Lindhe, B.A., et al. "Treatment of premenstrual syndrome by spironolactone: a double-blind, placebo-controlled study." *Acta Obstet Gynecol Scand* 74 (1995): 803–8.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ КОНСЕНСУС ШВЕЙЦАРІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Petra Stute, кафедра акушерства та гінекології, університетська лікарня Берна, м. БERN, Швейцарія
Christine Bodmer, управління жіночого здоров'я, госпіталь Бетесда, м. Базель, Швейцарія
Ulrike Ehlert, Інститут психології, Цюрихський університет, м. Цюрих, Швейцарія
Roger Eltbogen, Швейцарське товариство фітотерапії, SMGP, м. Веденсвіль, Швейцарія
Ankica Ging, кафедра психіатрії та психотерапії, Бернський університет, БERN, Швейцарія
Isabelle Streuli, відділення репродуктивної медицини та гінекологічної ендокринології, Женевський університет, м. Женева, Швейцарія
Michael von Wolff, кафедра акушерства та гінекології, університетська лікарня Берна, м. БERN, Швейцарія

Передменструальні розлади (ПМР) вражають жінок протягом усього репродуктивного віку. У Швейцарії було проведено міждисциплінарну експертну нараду гінекологів, гінекологів-ендокринологів, психіатрів, психологів та спеціалістів з фітотерапії з метою створення алгоритму з ведення ПМР з урахуванням репродуктивних етапів.

Приблизно в 30–40% жінок зустрічаються симптоми ПМР, а 3–8% жінок репродуктивного віку мають передменструальні дисфоричні розлади. Класичний ПМР можна класифікувати на ПМР з переважно соматичними симптомами, ПМР з переважно психологічними симптомами або змішану форму із соматичними та психологічними симптомами. Найпоширенішими психологічними симптомами є різка зміна настрою, дратівливість, тривога і депресія.

Швейцарський алгоритм ведення пацієнток із ПМР включає різні рівні надання медичної допомоги (первинної/вторинної) і проведення діагностичних та лікувальних заходів з урахуванням періоду репродуктивного віку жінки (репродуктивна фаза, перехідний період перед менопаузою).

Первинний клінічний діагноз, що передбачає збір анамнезу, прогнозне оцінювання симптомів має встановлювати лікар, який надає первинну медичну допомогу при ПМР. Якщо терапія першої та другої лінії неефективна, пацієнтку з ПМР слід спрямувати до фахівця з вторинної медичної допомоги, бажано – до гінеколога-ендокринолога. Психіатр є необхідним спеціалістом для надання вторинної медичної допомоги жінкам із варіацією ПМР та супутнім психічним захворюванням. Комплексна клінічна діагностика передбачає також виконання лабораторних досліджень сироватки крові та прогностичне оцінювання симптомів упродовж двох послідовних менструальних циклів.

Варіанти лікування включають когнітивну поведінкову терапію, альтернативну терапію, антидепресанти, пригнічення овуляції та діуретики. Вибір лікування залежить від поширених симптомів ПМР, репродуктивного віку, планування сім'ї, серцево-судинних факторів ризику, супутніх захворювань та побажань жінки. Регулярні подальші спостереження є обов'язковими.

У Швейцарії, крім застосування прутяка звичайного (*Vitex agnus-castus L.*) та прогестерону, не схвалено жодного з методів терапії ПМР.

Ключові слова: алгоритм, консенсус, діагностика, експерти, передменструальний дисфоричний розлад, передменструальний синдром, Швейцарія, лікування.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСЕНСУС ШВЕЙЦАРИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ

Petra Stute, кафедра акушерства и гинекологии, университетская больница Берна, г. БERN, Швейцария
Christine Bodmer, управление женского здоровья, госпиталь Бетесда, г. Базель, Швейцария
Ulrike Ehlert, Институт психологии, Цюрихский университет, г. Цюрих, Швейцария
Roger Eltbogen, Швейцарское общество фитотерапии, SMGP, г. Веденсвилль, Швейцария
Ankica Ging, кафедра психиатрии и психотерапии, Бернский университет, г. БERN, Швейцария
Isabelle Streuli, отделение репродуктивной медицины и гинекологической эндокринологии, Женевский университет, г. Женева, Швейцария
Michael von Wolff, кафедра акушерства и гинекологии, университетская больница Берна, г. БERN, Швейцария

Предменструальные расстройства (ПМР) поражают женщин в течение всего репродуктивного возраста. В Швейцарии было проведено междисциплинарное экспертное совещание гинекологов, гинекологов-эндокринологов, психиатров, психологов и специалистов по фитотерапии с целью создания алгоритма по ведению ПМР с учетом репродуктивных этапов.

Приблизно у 30–40% женщин регистрируют симптомы ПМР, а 3–8% женщин репродуктивного возраста страдают предменструальными дисфорическими расстройствами. Классический ПМР можно классифицировать на ПМР с преимущественно соматическими симптомами, ПМР с преимущественно психологическими симптомами или смешанную форму с соматическими и психологическими симптомами. Наиболее распространенными психологическими симптомами являются резкая смена настроения, раздражительность, тревога и депрессия.

Швейцарский алгоритм ведения пациенток с ПМР включает различные уровни оказания медицинской помощи (первичной/вторичной) и проведения диагностических и лечебных мероприятий с учетом периода репродуктивного возраста женщины (репродуктивная фаза, переходный период перед менопаузой).

Первичный клинический диагноз, предполагающий сбор анамнеза, прогнозные оценки симптомов должен устанавливать врач, который оказывает первичную медицинскую помощь при ПМР. Если терапия первой и второй линией неэффективна, пациентку с ПМР следует направить к специалисту по вторичной медицинской помощи, желательно к гинекологу-эндокринологу. Психиатр – необходимый специалист для предоставления вторичной медицинской помощи женщинам с вариацией ПМР и сопутствующим психическим заболеванием. Комплексная клиническая диагностика предполагает также выполнение лабораторных исследований сыворотки крови и прогностическую оценку симптомов в течение двух последовательных менструальных циклов.

Варианты лечения включают когнитивную поведенческую терапию, альтернативную терапию, антидепрессанты, подавление овуляции и диуретики. Выбор лечения зависит от распространенных симптомов ПМР, репродуктивного возраста, планирования семьи, сердечно-сосудистых факторов риска, сопутствующих заболеваний и предпочтений женщины. Регулярные дальнейшие наблюдения являются обязательными.

В Швейцарии, кроме применения прутяка обычного (*Vitex agnus-castus L.*) и прогестерона, не утверждены ни один из методов терапии ПМР.

Ключевые слова: алгоритм, консенсус, диагностика, эксперты, предменструальное дисфорическое расстройство, предменструальный синдром, Швейцария, лечение.

INTERDISCIPLINARY CONSENSUS ON MANAGEMENT OF PREMENSTRUAL DISORDERS IN SWITZERLAND

Petra Stute, Department of Obstetrics and Gynecology, Inselspital, University of Bern, Bern, Switzerland
Christine Bodmer, Office for Women's Health, Bethesda Spital, Basel, Switzerland
Ulrike Ehlert, Institute for Psychology, UZH, Zurich, Switzerland
Roger Eltbogen, Swiss Society for Phytotherapy, SMGP, Grunenthal, Waedenswil, Switzerland
Ankica Ging, Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland
Isabelle Streuli, Unite de medecine de la reproduction et d'endocrinologie gynecologique, HUG, Geneva, Switzerland
Michael von Wolff, Department of Obstetrics and Gynecology, Inselspital, University of Bern, Bern, Switzerland

Premenstrual disorders (PMD) can affect women throughout their entire reproductive years. In 2016, an interdisciplinary expert meeting of general gynecologists, gynecological endocrinologists, psychiatrists and psychologists from Switzerland was held to provide an interdisciplinary algorithm on PMD management taking reproductive stages into account.

Approximately 30–40% of women report premenstrual syndrome symptoms that require treatment, while 3–8% of women during their reproductive years suffer from PMDD.

The core PMD can be subdivided into predominantly somatic symptoms, predominantly psychological symptoms or mixed somatic and psychological symptoms. The most frequent psychological symptoms are mood swings, irritability, anxiety and depression.

The Swiss algorithm for PMD management seeks to incorporate the structural level of medical care (primary/secondary care) as well as varying content levels (diagnostics, treatment) depending on the reproductive stage of a woman (reproductive phase, menopausal transition). Primary clinical diagnostics (personal history, prospective symptom assessment) should be performed by the primary PMD care provider. If first- and second-line treatment is not successful, the patient should be referred to a secondary PMD care provider, preferably to a gynecological endocrinologist. A psychiatrist is the preferred secondary PMD care provider if a woman presents with variant PMD with psychiatric co-morbidity. Clinical diagnostics will then be completed by a serum laboratory work-up and eventually by another prospective symptom assessment during two consecutive cycles.

Treatment options include cognitive behavioral therapy, alternative therapy, antidepressants, ovulation suppression and diuretics. Treatment choice depends on prevalent PMD symptoms, (reproductive) age, family planning, cardiovascular risk factors, comorbidities, comedication and the woman's preference. Regular follow-ups are mandatory. In Switzerland, except for chasteberry (*Vitex agnus-castus L.*) and progesterone none of the following therapeutic options is approved for PMD treatment.

Keywords: algorithm, consensus, diagnostic, experts, premenstrual dysphoric disorder, premenstrual syndrome, Switzerland, treatment.