

# ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



## В.Н. СЕРОВ

академик РАМН, д. мед. н., профессор, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, РФ

## В.Л. ТЮТЮННИК

д. мед. н., Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, РФ

## М.А. ТВЕРДИКОВА

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, РФ

**П**редменструальный синдром (ПМС) – состояние, возникающее в результате комплекса психоэмоциональных, эндокринных и вегетососудистых нарушений. Симптомы ПМС 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% женщин, из них около 35% обращаются за медицинской помощью в связи с выраженной симптоматикой [8].

Большинство женщин впервые сталкиваются с этими симптомами после 20 лет. С возрастом все большее количество женщин испытывают симптомы ПМС. В возрастной категории старше 40 лет ПМС встречается более чем у 50% женщин. Очень редки случаи, когда от ПМС страдают девочки-подростки. При этом у каждой женщины симптомы ПМС индивидуальны. У большинства пациенток 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, как нагрубание и болезненность молочных 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, как головная боль, раздражительность, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение. У каждой третьей больной отмечаются депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе.

При кризовой форме наблюдаются симпато-адреналовые кризы. Они начинаются с повышения артериального давления (АД), чувства сдавления за грудиной и появления страха

смерти. Сопровождаются похолоданием, онемением конечностей и учащенным сердцебиением при отсутствии изменений на ЭКГ; заканчиваются обильным мочеотделением.

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

Следует отметить, что наибольшая частота и тяжесть кризовой и цефалгической форм ПМС наблюдаются в переходные периоды жизни женщины; в 16–19 лет и в 25–34 года отмечается наибольшая частота нервно-психической формы ПМС, а в 20–24 года – отечной [2, 4, 10].

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиология и патогенез ПМС до конца не ясны. 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 – проявление нарушения содержания/баланса половых гормонов (ановуляции, недостаточности 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 гонадотропного рилизинг-гормона отмечается значительное улучшение состояния женщин. 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 развитии ПМС является не уровень половых гормонов, который не отличается от такового у здоровых женщин, а колебания содержания этих гормонов 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 натрийзадерживающему эффекту альдостерона и антидиуретическому влиянию вазопрессина. Особое внимание уделяется цикличности выработки пролактина: так, описан феномен латентной (стрессорной) гиперпролактинемии, когда уровень пролактина повышается эпизодически – после стрессовых ситуаций, еды и во сне, а в остальное время находится в пределах нормы. Считается, что такие колебания пролактина могут быть причиной дисбаланса всей гормональной системы.

Эстрогены влияют на активность моноаминоксидазы. Этот фермент участвует в окислении биогенных аминов, таких как норэпинефрин, эпинефрин, серотонин и дофамин. Повышенный уровень эпинефрина вызывает тошноту, серотонина – нервное напряжение, бессонницу, учащенное сердцебиение, нарушение внимания.

При выраженной депрессии наблюдается значительное снижение метаболизма серотонина. С изменением уровня последнего в спинномозговой жидкости связывают возникновение суицидальных попыток и проявления агрессии у женщин в предменструальном периоде. Полагают, что изменение уровня серотонина в сторону повышения или понижения приводит к агрессии либо 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 влияет на ренин-ангиотензиновую систему посредством обратной связи [6, 7, 9, 10].

В последние годы в патогенезе ПМС значительное внимание уделяется пептидам промежуточной доли гипофиза: меланотропину и эндогенным опиоидным пептидам – эндорфинам. Эндогенные опиоидные пептиды Р-эндорфин и энкефалин обнаруживаются не только в коре головного мозга и гипофизе, но и в других тканях организма, включая надпочечники, поджелудочную железу и желудочно-кишечный тракт. Эндорфины ингибируют секрецию лютеинового гормона и стимули-

руют выброс пролактина путем уменьшения дофаминовой активности. Эндорфины, ингибируя центральные биогенные амины, могут вызывать изменения настроения и поведения, повышение аппетита и жажду. Нагрубание молочных желез, задержка жидкости, запоры и вздутие кишечника могут быть результатом вызванного эндорфинами увеличения уровня пролактина, вазопрессина и их ингибирующего влияния на простагландин E<sub>1</sub> в кишечнике [1, 2, 7, 8].

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина ПМС характеризуется большим разнообразием. У больных часто отмечаются раздражительность, плаксивость, депрессия, обидчивость, агрессивность, головные боли по типу мигрени, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, нагрубание и болезненность молочных желез. В некоторых случаях развивается кризовая форма ПМС. При этом беспокоят повышение АД, чувство сдавления за грудной, онемение и похолодание конечностей, учащенное сердцебиение при отсутствии изменений на ЭКГ, озноб, учащение мочеиспускания после окончания приступа [1–3].

Можно выделить **три стадии течения ПМС:**

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

Диагностика ПМС достаточно трудна. Учитывая, что специфических симптомов ПМС не существует, главным ориентиром при постановке этого диагноза является наличие цикличности. При этом вероятность возникновения ПМС не зависит от устойчивости нервной системы. Согласно рекомендациям Американского национального института психического здоровья, для диагностики ПМС требуется подтверждение усугубления тяжести симптомов в течение пяти дней перед менструацией (примерно на 30% по сравнению с пятью последующими днями).

В целом диагностика ПМС включает регистрацию симптомов обязательно циклического характера. Очень важны тщательный сбор анамнеза (особенно связанный с характером изменений настроения и стрессами), оценка соответствующих лабораторных по-



Различают четыре клинических формы ПМС:

- нервно-психическую;
- отечную;
- цефалгическую;
- кризовую



Считают, что решающим в развитии ПМС является не уровень половых гормонов, который не отличается от такового у здоровых женщин, а колебания содержания этих гормонов в течение менструального цикла

казателей и проведение дифференциальной диагностики. При психовегетативной форме ПМС необходима консультация невропатолога и психиатра с проведением кранио- и электроэнцефалографии. При отеочной форме ПМС следует измерять диурез и количество выпитой жидкости в течение трех-четырех дней в обе фазы менструального цикла. Если имеют место боли и нагрубание молочных желез, следует провести УЗИ молочных желез, а при необходимости и маммографию (в первую фазу менструального цикла – до 9-го дня). Исследуется и выделительная функция почек с определением уровней остаточного азота, креатинина и др. При цефалгической форме ПМС необходима рентгенография турецкого седла и шейного отдела позвоночника. По показаниям проводится МРТ, исследование глазного дна и периферических полей зрения; необходимы консультация офтальмолога и невропатолога и определение уровня пролактина в обе фазы цикла. При кризовой форме ПМС показано измерение диуреза и количества выпитой жидкости, контроль 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 выполняется 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 молочных желез, головная боль, отеки, суставная или мышечная боли, прибавка массы тела.

Окончательный диагноз устанавливается при участии психиатра и невропатолога в случае цефалгической и психовегетативной форм, терапевта – при кризовой форме.

**Дифференциальную диагностику** необходимо проводить с маниакально-депрессивным психозом, шизофренией, эндогенной депрессией, опухолями головного мозга, кризовой формой гипертонической болезни, болезнями щитовидной железы.

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ПМС представляет собой достаточно трудную задачу. Несмотря на широкую распространенность ПМС, в терапии этого состояния до настоящего времени остаются неразрешенными некоторые вопросы. Патогенетическая терапия должна сочетать мероприятия, направленные на устранение наиболее выраженных проявлений 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 устранение циклических колебаний уровней половых стероидов. Вместе с тем, у таких больных часто отмечаются психоэмоциональные и неврологические проблемы (межличностные, учащение конфликтных ситуаций в семье, на работе). Нередко у пациенток снижена самооценка, самоуважение; отмечаются повышенная обидчивость, случаи потери работы, аварийные ситуации при вождении транспорта, поэтому лечение больных ПМС следует начинать с психотерапии. Пациенткам нужно объяснить необходимость соблюдения режима труда и отдыха, а также указать на 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, головных болей, эмоционального дискомфорта). В генезе подавляющего боль-

шинства симптомов лежит увеличение уровня пролактина во 2-й фазе цикла. Циклическая гиперпролактинемия является одной из частых причин развития недостаточности лютеиновой фазы, что связано с отрицательным влиянием повышенного уровня пролактина на процессы овуляции и функцию желтого тела. Установлено, что растительные агонисты дофамина, снижая повышенную секрецию пролактина, способны повысить циклическую секрецию прогестерона в лютеиновую фазу, 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). 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 чернокоричневые сложные ягоды, около 3,5 мм в диаметре, четырехсемянные, содержащие 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 пять растительных компонентов:

- ▣ *Caulophyllum thalictroides* (стеблелист василистниковидный) – применяется при менструальных расстройствах;
- ▣ *Syclamen europaeum* (фиалка альпийская) – назначается при головной боли, нервных и психических расстройствах, а также при менструальных нарушениях;
- ▣ *Ignatia* (грудошник горький) – эффективна при нервных расстройствах, назначается при психовегетативных кризовых, параритмичных состояниях;
- ▣ *Iris versicolor* (касатик разноцветный) – используется для лечения мигрени;
- ▣ *Lilium tigrinum* (лилия тигровая) – применяется при симптомах дисменореи и повышенной раздражительности.

Мастодион обладает дофаминергическим 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 недостаточности желтого тела и, соответственно, связанных с этим нарушений менструального цикла, а также к уменьшению симптоматики ПМС. Мастодион устраняет основную причину ПМС – гиперпролактинемия. В отличие от эстрогенов и других гормонов пролактин оказывает прямое стимулирующее действие на пролиферативные процессы в молочных железах, усиливая образование соединительной ткани.

В экспериментах *in vitro* показано, что экстракты *Vitex agnus-castus*, обладающие высоким сродством к D2-рецепторам дофамина, ингибируют высвобождение пролактина из культуры пролактотрофных 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 по 30 капель 2 раза/сут (утром и вечером), без перерыва в период менструации. Капли Мастодиона следует разбавлять в небольшом количестве воды. Перед употреблением флакон необходимо 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 применение других лекарственных средств. Следует учитывать, что при использовании гомеопатических препаратов рекомендуется воздерживаться от курения и употребления алкоголя, в противном случае это может снижать эффективность лечения.

Доказанная высокая эффективность препарата при ПМС, а также ряде других патологических состояний, возможность избежать осложнений полипрагмазии, 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 препаратов с точки зрения риска возникновения побочных эффектов, в частности гормональных синтетических средств.



Учитывая, что специфических симптомов ПМС не существует, главным ориентиром при постановке этого диагноза является наличие циклическости

**Статья впервые опубликована в журнале «Мать и дитя. Акушерство и гинекология». 2010. – Т. 18, № 19**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Линде В.А., Татарова Н.А. Предменструальный синдром. –Спб: Гиппократ, 2005. – 216 с.  
Linde VA, Tatarova NA Premenstrualsyndrome.–St. Petersburg: Hippocrates, 2005. – 216 p.
- Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром // Гинекология. – 2005. – № 7(4). – С. 210–214.  
Prilepskaya VN, Mezhevitinova EA Premenstrual Syndrome // Gynecology. – 2005. – № 7 (4). – P. 210–214.
- Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома // Гинекология. – 2005. – № 7(4). – С. 214–219.  
Tarasova MA, Lekareva TM Hormonal therapy of premenstrual syndrome // Gynecology. – 2005. – № 7 (4). – P. 214–219.
- Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Применение оральных контрацептивов с дроспиреноном в лечении предменструального синдрома // Гинекология (экстра-выпуск). – 2006. – № 7–10.  
Tarasova MA, Lekareva TM Use of oral contraceptives with drospirenone in the treatment of premenstrual syndrome // Gynecology (extra issue). – 2006. – № 7–10.
- Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: МИА, 2006. – 632 с.  
Smetnik VP, Tumilovich LG Non-operative Gynecology. – Moscow: MIA, 2006. – 632 p.
- Татарчук Т.Ф., Венцовская И.Б., Шевчук Т.В. Предменструальный синдром. – Киев: Заповит, 2003. – С. 111–146.  
Tatarchuk TF, Ventskovskaya IB, Shevchuk TV Premenstrual syndrome. – Kiev: Zapovit, 2003. – P. 111–146.
- Duvan CI, Cumaoglu A, Turhan NO et al. Oxidant/antioxidant status in premenstrual syndrome. Arch Gynecol Obstet. 2010;177: 211–9.
- Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Am J ObstetGynecol 1998; 179: 444–52.
- Whelan AM, Jurgens TM, Naylor H Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review. Can J ClinPharmacol. 2009;16 (1): 407–29.
- 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. PragueMedRep. 2010;111(1): 12–24.

**ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ: ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

**Серов В.Н.**, академік РАМН, д. мед. н., професор, Науковий центр акушерства, гінекології та перинатології РАМН, Москва, РФ

**Тютюнник В.Л.**, д. мед. н., Науковий центр акушерства, гінекології та перинатології РАМН, Москва, РФ

**Твердікова М.А.**, Науковий центр акушерства, гінекології та перинатології РАМН, Москва, РФ

У статті описано передменструальний синдром (ПМС): визначення поняття, його класифікація, етіологія та патогенез, клінічна картина, перебіг, діагностика, диференційна діагностика та основні принципи лікування. Особливу увагу приділено фітолікуванню за допомогою дофамінергічного препарату рослинного походження на основі Vitex agnus-castus – Мастодинон.

**Ключові слова:** передменструальний синдром, гіперпролактинемія, Мастодинон.

**PREMENSTRUAL SYNDROME: CLINICAL MANAGEMENT OF PATIENTS IN THE OUTPATIENT PRACTICE**

**Serov VN**, academician of RAMS, MD, professor, Obstetrics, Gynecology and Perinatology Scientific Center, Moscow, Russia

**Tutyunnik VL**, MD, Obstetrics, Gynecology and Perinatology Scientific Center, Moscow, Russia

**Tverdikova MA**, Obstetrics, Gynecology and Perinatology Scientific Center, Moscow, Russia

This article describes premenstrual syndrome (PMS): it definition, classification, etiology and pathogenesis, clinical symptoms, course, diagnostics, differential diagnostics and basic treatment principles. Special attention is paid to phytotherapy by dopaminergic herbal medication Mastodynon based on Vitex agnus-castus.

**Keywords:** premenstrual syndrome, hyperprolactinemia, Mastodynon.

**Уважаемые читатели!**

В № 2 (10) / апрель 2013 г., журнала «Репродуктивная эндокринология» в статье «Коррекция гиперпролактинемии в комплексном лечении гиперплазии эндометрия» на с. 11 в рис. 6 была допущена ошибка: на графике верхняя линия – это группа сравнения, нижняя – основная группа.



РИС. 6.  
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ В ГРУППАХ ИССЛЕДОВАНИЯ, М ± m

