

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ



Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

д. мед. н., главный научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

В.П. КОВБАСИЙ

к. мед. н., медицинская сеть «Добробут», Киев

И.П. МАНОЛЯК

младший научный сотрудник отделения эндокринной патологии, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем в гинекологии является предменструальный синдром (ПМС), поскольку он относится не только к числу широко распространенных, но и наименее изученных состояний.

Согласно последним данным, ПМС можно рассматривать как функциональное расстройство центральной нервной системы (ЦНС) вследствие действия неблагоприятных внешних факторов на фоне врожденной или приобретенной лабильности гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы [1].

Частота ПМС колеблется, по данным различных авторов, в пределах 25–90%, причем у каждой женщины симптомы индивидуальны, встречаются в разных сочетаниях, у 10% – ярко выражены, существенно снижают качество жизни и, в ряде случаев, приводят к потере трудоспособности [2]. ПМС представляет собой многогранный симптомокомплекс, включающий более 150 симптомов и проявляющийся нервно-психическими, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями в лютеиновую фазу менструального цикла.

ПМС является полиэтиологической и полисимптомной патологией, в возникновении которой определенную роль играют личностные, средовые факторы и преморбидный фон. Известно, что ПМС до 29 лет наблюдается у 20% женщин, в возрасте 30–39 лет – у 47% и в период 40–50 лет – у 55% женщин. По данным некоторых авторов, у практически здоровых женщин ПМС встречается в 28,8% случаев. Среди женщин с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта ПМС встречается в 92% случаев, с сахарным диабетом – в 72,4% случаев. Часто наблюдается ПМС у женщин с психическими заболеваниями: при маниакально-депрессивном психозе у 86,4% больных, при психопатиях – в 68,3%, при неврозах – в 81,4%, при алкоголизме – в 72,2%. У больных с пороками сердца он встречается в 41,5%. ПМС имеет место у 95% пациенток с генитальным эндометриозом и его лечение, наряду с купированием симптомов эндометриоза, приобретает особое значение [3].

АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ И ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Существует множество теорий, пытающихся объяснить происхождение данного патологического состояния. Взгляды на причины и механизм его развития менялись с расширением знаний о физиологии и патологии менструального цикла. Среди патогенетических теорий ПМС выделяют гормональную, теорию водной интоксикации, циклического авитаминоза, теорию недостатка магния и кальция в организме, теорию нарушения синтеза простагландинов, аллергическую и др. Однако ни одна из них в полной мере не объясняет возникновения всех симптомов, характерных для ПМС.

Исторически первой является гормональная теория, предложенная Р. Франком, согласно которой ПМС – следствие относительной или абсолютной гиперэстрогении в лютеиновой фазе цикла, что является абсолютно характерным для женщин с эндометриозом. Повышение уровня эстрогенов в сыворотке крови вызывает задержку натрия, что приводит к накоплению межклеточной жидкости и отекам. Кроме того, дополнительный синергичный эффект достигается через влияние эстрогенов на секрецию альдостерона путем изменения дофаминергической передачи или обмена дофамина. Прогестерону присуще натрий-диуретическое действие, что способствует повышению диуреза. При гиполютеинизме, характерном для ПМС, жидкость задерживается в тканях, что клинически проявляется периферическими отеками, масталгией, вздутием живота, увеличением массы тела, артралгиями. Раздражительность, головную боль и некоторые другие неврологические и психические проявления ПМС можно объяснить отеком головного мозга.

Развитие психопатологической составляющей ПМС в последние годы объясняется также особенностями метаболизма прогестерона в ЦНС. Известно, что эстрогены и прогестерон яичникового происхождения поступают в ткань головного мозга с кровотоком. Кроме того, они продуцируются непосредственно в головном мозге клетками глии и играют важную роль во всех процессах, происходящих в ЦНС. При нормальном метаболизме прогестерона в ЦНС образуется аллопрегнано-

лон, обладающий способностью стимулировать А-рецепторы γ -аминомасляной кислоты (ГАМК) и повышать активность хлоридных ионных каналцев нейронных мембран, обеспечивая анксиолитический (седативный) эффект. В случае нарушения метаболизма прогестерона образуется прегнанолон и прегнанолон сульфат, являющиеся антагонистами как А-, так и В-ГАМК рецепторов. Наличие В-ГАМК рецепторов не только в ЦНС, но и в других системах и органах может в некоторой степени объяснить полиморфизм клинических проявлений ПМС. Другими гормональными факторами развития ПМС являются: изменение содержания андрогенов (тестостерона, дегидроандростерона этиохоланолон), кортикостероидов; гипо- и гипертиреозидные состояния; гиперпродукция гормонов передней (пролактина), задней (вазопрессина и альдостерона) и средней (меланоцитстимулирующего гормона) доли гипофиза.

Гиперчувствительностью к гормонам можно в определенной степени объяснить старую аллергическую теорию ПМС. Доказательством наличия аллергического статуса при ПМС являются положительные внутрикожные пробы с препаратами половых стероидных гормонов, выполняемые во вторую фазу менструального цикла. Считается, что одним из сенсibilизирующих факторов служит генитальная инфекция грибковой этиологии, провоцирующая развитие парадоксальных реакций на собственные гормоны.

Одной из распространенных теорий патогенеза ПМС является так называемая теория водной интоксикации. Однако до сегодняшнего времени дискутируется вопрос о задержке и перераспределении воды в организме. Ретенция жидкости объясняется нейроэндокринными нарушениями с вовлечением ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Доказана роль простагландинов в патогенезе ПМС. Поскольку простагландины являются универсальными тканевыми гормонами, которые синтезируются практически во всех органах и тканях, нарушение их продукции может проявляться разнообразием клинических эффектов: депрессией, раздражительностью, нервозностью, масталгией, болью и вздутием живота, повышением температуры тела и др. Многие из них сходны с состоянием гиперпростагландинемии. Рядом авторов, изучавших содержание простагландинов, отмечено, что дефицит содержания простагландина E_1 вызывает депрессию, а его избыток может привести к аффективным расстройствам. Увеличение уровня простагландина E_2 приводит к сужению интракраниальных сосудов и развитию мигрени. Во время лютеиновой фазы эндометрий выделяет простагландины, и нарушение их секреции приводит к дисменорее и ПМС [3].

Изменение гемодинамики малого таза в виде гипертензии и спазма сосудов или длительной вазодилатации и венозного застоя, вызванного недостатком магния и повышением концентрации простагландина F_{2a} , способствует гипоксии клеток, накоплению аллогенных веществ, раздражению нервных окончаний и возникновению боли внизу живота перед менструацией и в первые ее дни [3].

Отмечено, что у здоровых женщин перед менструацией количество магния в эритроцитах увеличивается. У женщин же страдающих ПМС, наоборот, количество магния снижается на 20–40% по сравнению с нормой. Имеются данные, что у женщин с ПМС концентрация ионизированного магния во вторую фазу менструального цикла понижена, а коэффициент Ca_{2+}/Mg_{2+} повышен [5]. Дефицит магния и витамина B_6 часто сочетаются друг с другом – дефицит пиридоксина сопровождается клиническими симптомами, которые часто наблюдаются при недостаточности магния [4]. Некоторые авторы указывают на связь возникновения симптомов ПМС с недостаточностью витамина B_6 в лютеиновую фазу (теория циклического авитаминоза) [3]. При дефиците магния и витамина B_6 развивается недостаток прогестерона и относительная гиперэстрогения [3]. Выявлено, что, в свою очередь, избыток эстрогенов может привести к недостатку витамина B_6 , который является коферментом в заключительной стадии образования дофамина и серотонина [3]. Причиной недостаточности дофамина в мозге может быть и дефицит магния. Поэтому прием магния и витамина B_6 помогает изменить ситуацию, приводит к увеличению выработки дофамина и серотонина, что облегчает симптомы ПМС. Магний и витамин B_6 способствуют увеличению выработки простагландина E_1 и снижению таковой простагландина E_2 из ненасыщенных жирных кислот, поступающих с пищей, тем самым положительно влияя на симптомы депрессии и мигрени при ПМС [3]. Магний снижает выработку простагландина F_{2a} клетками эндометрия, приводит к релаксации эндометрия и уменьшению выраженности циклического болевого синдрома [3]. Магний вызывает гипертрофию гломерулярной зоны коры надпочечников, секретирующей альдостерон, что ведет к задержке жидкости. В клинической практике дефицит магния чаще всего становится очевидным не только при ПМС, но и при миоме матки, эндометриозе, патологическом климаксе и дисменорее (состояниях, имеющих особую выраженность у женщин с эндометриозом).

Учитывая высокую частоту развития ПМС на фоне эндометриоза, его полиэтиологичность, противоречивость теорий патогенеза, вариабельность клинической картины, актуальной



Согласно последним данным, ПМС можно рассматривать как функциональное расстройство центральной нервной системы

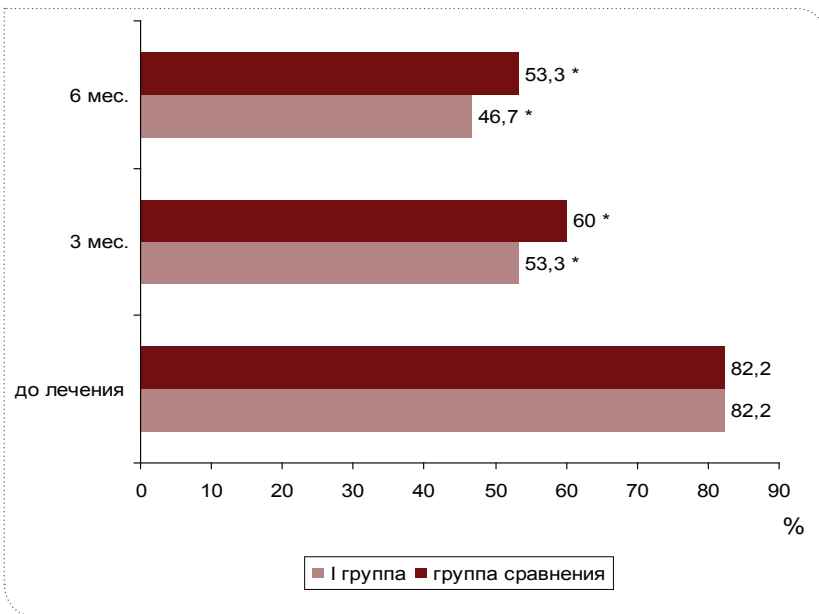


РИСУНОК 1.
ДИНАМИКА УДЕЛЬНОГО
ВЕСА ЖЕНЩИН
С ДИСМЕНОРЕЕЙ I ГРУППЫ
В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин с дисменореей до лечения (p < 0,05)

является оптимизация способов терапии ПМС с учетом его особенностей при генитальном эндометриозе. Поэтому целью нашего исследования стало изучение эффективности терапии ПМС у пациенток с генитальным эндометриозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами включено в исследование 45 женщин репродуктивного возраста от 19 до 40 лет (средний возраст составил 34,4 ± 6,3 года) с ПМС средней степени тяжести. Группы исследования были рандомизированы по возрасту, формам ПМС и генитального эндометриоза.

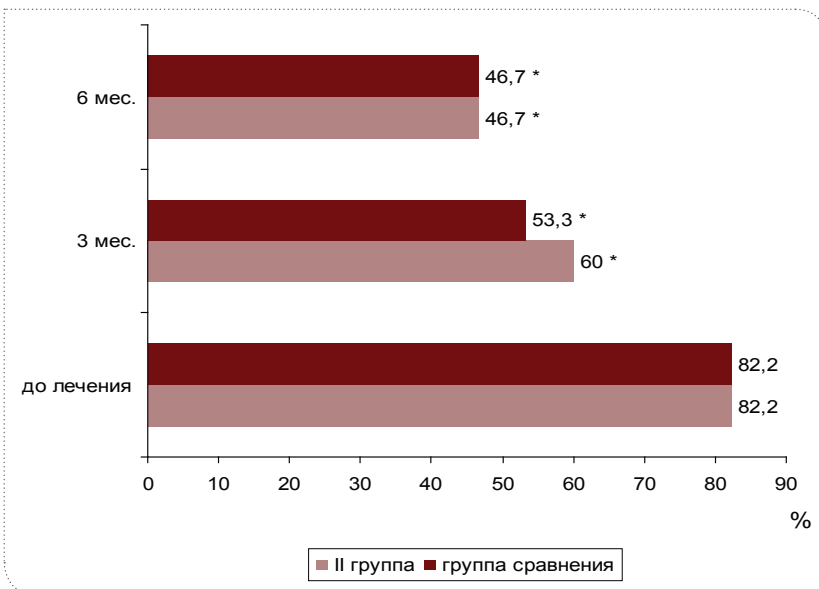


РИСУНОК 2.
ДИНАМИКА УДЕЛЬНОГО
ВЕСА ЖЕНЩИН
С ДИСМЕНОРЕЕЙ II ГРУППЫ
В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин с дисменореей до лечения (p < 0,05)

I группу исследования составили 15 пациенток, отказавшихся от терапии дидрогестероном, получающих препарат Магникум (содержит магния лактат дигидрат 470 мг и пиридоксина гидрохлорид 5 мг) по 1 таблетке 3 раза в день по схеме, II группу – 15 пациенток, отказавшихся от терапии дидрогестероном, получающих Магникум по 2 таблетки 3 раза

в день по схеме, и группу сравнения – 15 пациенток, получающих терапию дидрогестероном, согласно рекомендациям нормативных документов.

Был предложен следующий режим лечения Магникумом: с 14-го по 28-й день менструального цикла в течение 3 месяцев.

Схема терапии дидрогестероном: по 10 мг 2 раза в день с 16-го по 25-й день менструального цикла в течение 3 месяцев.

Все пациентки перед лечением и обследованием подписали информированное согласие на участие в исследовании.

С целью мониторинга эффективности терапии нами проводилась субъективная и объективная оценки динамики клинических симптомов, согласно специально разработанной анкете, через 3 и 6 месяцев после лечения. Независимая оценка болевого синдрома проводилась по методу многомерной семантической дескрипции с применением Мак-Гилловского опросника (McGill Pain Questionnaire).

Полученные цифровые данные обрабатывались современными методами медицинской статистики с помощью программы Microsoft Office Excel с применением критерия Стьюдента. Разницу между величинами, которые сравнивали, считали достоверной при p < 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая картина ПМС у исследуемых женщин характеризовалась следующими симптомами: дисменорея имела место у 31 пациентки (68,9%), раздражительность – у 37 (82,2%), слабость – у 18 (40%), депрессия – у 23 (51,1%), нарушение пищевого поведения – у 14 (31,1%), мастодиния – у 32 пациенток (71,1%), отечность век, лица, пальцев рук – у 17 (37,8%), увеличение массы тела во второй фазе цикла – у 15 (33,3%), головная боль – у 14 (31,1%), акне – у 7 (15,6%), повышение температуры – у 3 (6,7%) пациенток исследуемых групп. Вышеперечисленные симптомы относятся преимущественно к нервно-психической и отечной формам ПМС.

Через 3 месяца терапии Магникумом в I и II группах исследования и дидрогестероном в группе сравнения отмечено существенное уменьшение количества женщин с дисменореей по сравнению с показателем до лечения (53,3 и 60% соответственно в I и II группах, 46,7% в группе сравнения против 82,2% до терапии; p < 0,05).

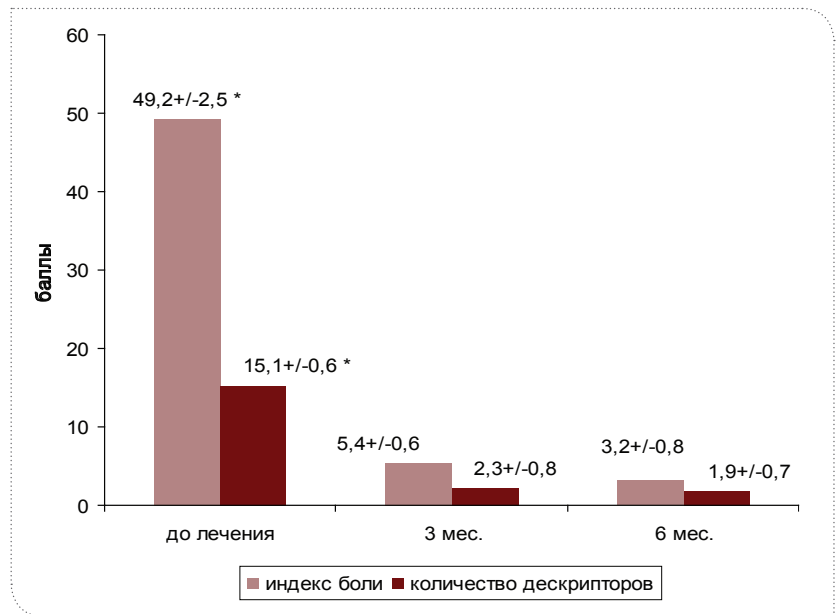
При этом значимой разницы между количеством женщин с дисменореей в I, II группах исследования по сравнению с показателем в группе сравнения выявлено не было (53,3 и 60% соответственно в I и II группах, против 46,7% в группе контроля; p > 0,05). Через 6 ме-

сцаев от начала терапии количество женщин с дисменореей существенно не изменилось в группах исследования по сравнению с таким через 3 месяца от начала лечения (60 и 46,7% в I и II группах против 53,3 и 60% от исходного уровня соответственно; $p > 0,05$) (рис. 1 и 2).

Благодаря многомерной семантической дескрипции, согласно Мак-Гилловскому опроснику, нами обнаружен существенно более высокий средний показатель рангового индекса боли у женщин I, II групп исследования и группы сравнения до начала терапии ($49,2 \pm 2,5$; $56,1 \pm 2,7$ и $51,3 \pm 1,5$ балла соответственно) относительно соответствующих показателей через 3 месяца от начала терапии ($5,4 \pm 0,6$; $4,1 \pm 0,8$ и $6,2 \pm 0,9$ балла; $p < 0,05$). При этом статистически значимой разницы между средними показателями рангового индекса боли у женщин I, II групп исследования относительно группы сравнения не выявлено ($49,2 \pm 2,5$; $56,1 \pm 2,7$ балла соответственно в I, II группах в сравнении с $51,3 \pm 1,5$ балла в группе сравнения; $p > 0,05$). Через 6 месяцев после лечения средние показатели рангового индекса боли существенно не изменились относительно таковых через 3 месяца после терапии в группах исследования ($5,4 \pm 0,6$; $4,1 \pm 0,8$ и $6,2 \pm 0,9$ балла соответственно в I, II и группе сравнения, против $3,2 \pm 0,8$; $2,8 \pm 0,6$ и $5,3 \pm 0,5$ балла; $p > 0,05$) (рис. 3 и 4).

Характер болевых ощущений у женщин групп исследования, который оценивали по среднему значению количества выбранных дескрипторов, был существенно ниже через 3 мес. после лечения, что свидетельствует о статистически значимом снижении интенсивности болевого синдрома при ПМС ($15,1 \pm 0,6$, $10,2 \pm 0,8$ и $14,3 \pm 0,5$ балла соответственно в I, II и группе сравнения, против $2,3 \pm 0,8$, $3,2 \pm 0,4$ и $2,9 \pm 0,8$ балла; $p < 0,05$). При этом существенной разницы средних показателей количества выбранных дескрипторов через 3 мес. после лечения между группами исследования не выявлено ($15,1 \pm 0,6$ балла соответственно в I, II группах в сравнении с $14,3 \pm 0,5$ балла в группе сравнения; $p > 0,05$). Через 6 месяцев после лечения средние показатели количества избранных дескрипторов существенно не изменились относительно таковых через 3 месяца после терапии в группах исследования ($2,3 \pm 0,8$, $3,2 \pm 0,4$ и $2,9 \pm 0,8$ балла соответственно в I, II и группе сравнения, против $2,8 \pm 0,3$; $1,7 \pm 0,5$ и $2,1 \pm 0,7$ балла; $p > 0,05$) (рис. 4).

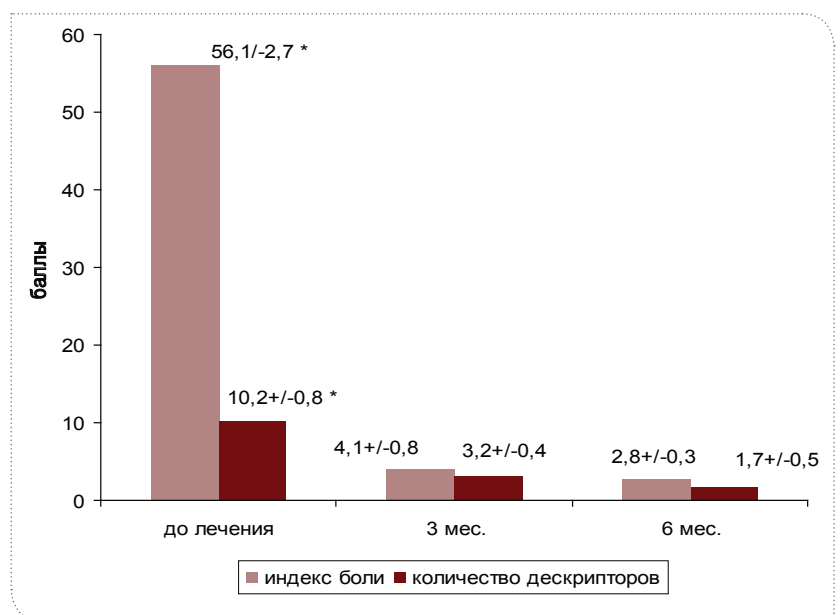
Таким образом, мониторинг клинических симптомов через 6 месяцев от начала терапии выявил отсутствие статистически значимых изменений количества пациенток с дисменореей в сравнении с соответствующими показателями через 3 месяца как в I и II группе исследования, так и в группе сравнения. Это может свидетельствовать в пользу эффектив-



ности лечения дисменореи Магникумом по 1 или 2 таблетки 3 раза в день с 14-го по 28-й день менструального цикла в течении трех месяцев, сравнимого с терапией дидрогестероном по 10 мг 2 раз в день с 16-го по 25-й день МЦ.

Нами выявлена положительная динамика симптомов негативной аффектации (раздра-

РИСУНОК 3. СРЕДНИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛИ У ЖЕНЩИН I ГРУППЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, СОГЛАСНО МАК-ГИЛЛОВСКОМУ ОПРОСНИКУ
* разница достоверна относительно показателя через 3 и 6 мес. после лечения ($p < 0,05$)



жительности и депрессии) у женщин групп исследования. Так, показатель количества женщин с проявлениями раздражительности имел тенденцию к снижению через 3 месяца терапии в сравнении с исходным уровнем до лечения во всех группах наблюдения (66,7; 73,3 и 60%, соответственно в I, II и группе сравнения, против 82,2% до начала терапии). Предложенные нами схемы лечения можно считать эффективными и в отношении проявлений депрессии (46,7; 40 и 33,3% соответственно в I, II и группе сравнения, против 51,1% до начала терапии). При этом

РИСУНОК 4. СРЕДНИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛИ У ЖЕНЩИН II ГРУППЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, СОГЛАСНО МАК-ГИЛЛОВСКОМУ ОПРОСНИКУ
* разница достоверна относительно показателя через 3 и 6 мес. после лечения ($p < 0,05$)

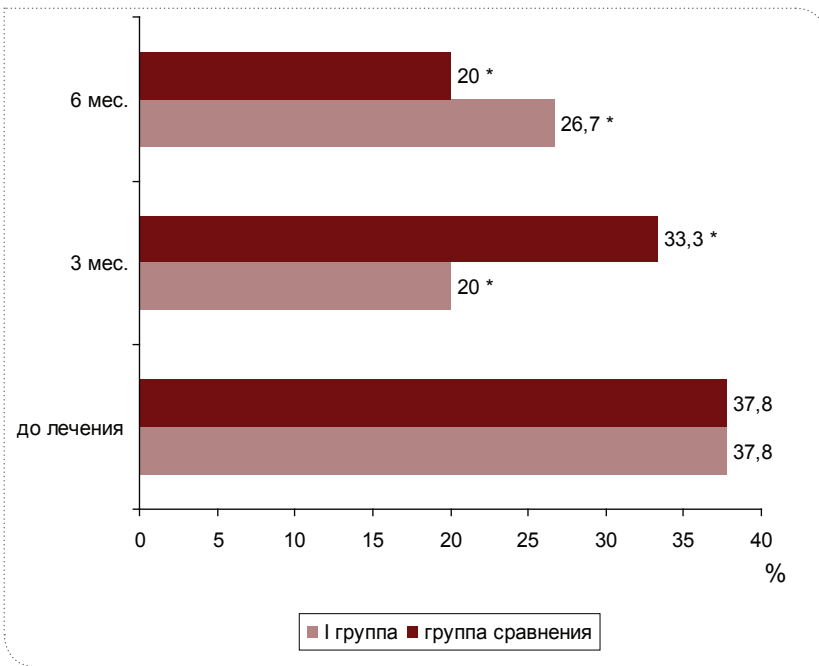


РИСУНОК 5. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ОТЕЧНОСТИ У ЖЕНЩИН I ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин с отечностью до лечения ($p < 0,05$)

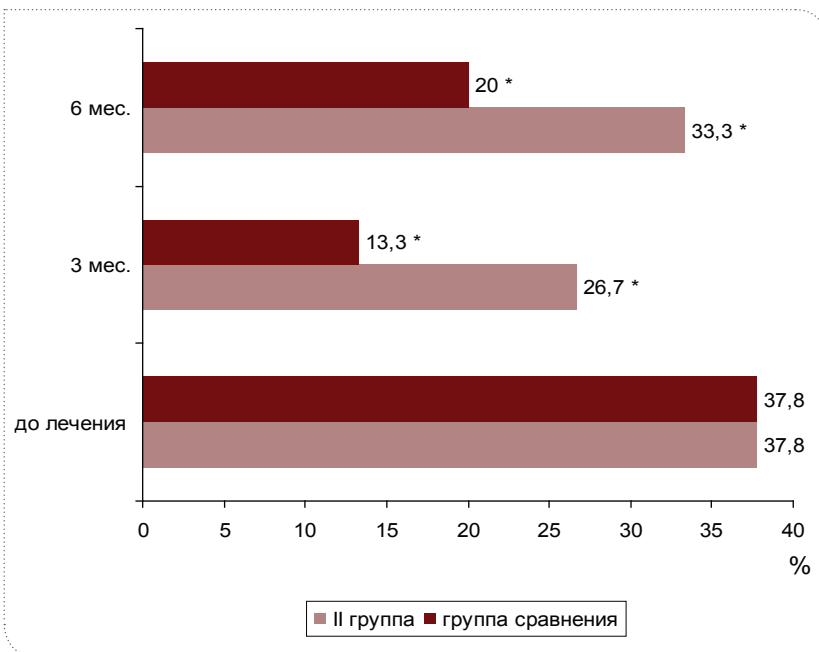


РИСУНОК 6. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ОТЕЧНОСТИ У ЖЕНЩИН II ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин с отечностью до лечения ($p < 0,05$)

существенной разницы между показателями количества женщин с симптомами раздражительности и депрессии в группах наблюдения относительно соответствующего показателя в группе сравнения через 3 мес. после терапии выявлено не было. Через 6 месяцев от начала лечения количество женщин с симптомами раздражительности и депрессии в группах исследования значимо не изменилось относительно таковых через 3 месяца после ле-

чения (66,7; 73,3 и 60% женщин с симптомами раздражительности соответственно в I, II и группе сравнения до терапии, против 53,3; 60 и 46,7% через 6 месяцев после лечения). Аналогичная ситуация имела место и в отношении женщин с проявлениями депрессии (46,7; 40 и 33,3%, соответственно в I, II и группе сравнения до терапии, против 40; 33,3 и 26,7% через 6 месяцев после лечения). Полученные нами данные свидетельствуют о достаточной клинической эффективности терапии Магникумом по 1 таблетке 3 раза в день с 14-го по 28-й день цикла 3 месяца сравнимой с таковой при лечении Магникумом по 2 таблетки 3 раза в день с целью купирования симптомов негативной аффектации.

В ходе исследования также выявлена статистически значимая положительная динамика симптомов, вызванных задержкой жидкости у женщин с ПМС: отечности, масталгии, увеличения массы тела. Так, количество женщин с симптомами отечности существенно уменьшилось через 3 месяца терапии в сравнении с исходным в группах наблюдения (20; 13,3 и 26,7%, соответственно в I, II и группе сравнения, против 37,8% до начала терапии; $p < 0,05$). Через 6 месяцев вышеперечисленные показатели значительно не изменились относительно соответствующих показателей через 3 месяца после терапии как в I, так и во II группе исследования (рис. 5 и 6).

Предложенные нами схемы лечения оказались эффективными и в отношении уменьшения масталгии (46,7; 40 и 33,3%, соответственно в I, II и группе сравнения через 3 мес., против 71,1% до начала терапии; $p < 0,05$). Через 6 месяцев вышеперечисленные показатели значительно не изменились относительно соответствующих через 3 месяца после терапии в II группе исследования, в I же группе наблюдалось достоверное снижение количества женщин с масталгией (60% через 3 мес. терапии против 33,3% через 6 месяцев; $p < 0,05$) (рис. 7 и 8).

Существенная позитивная динамика наблюдалась и в отношении снижения массы тела у женщин групп исследования через 3 мес. после терапии (20, 13,3 и 6,7% соответственно в I, II и группе сравнения, против 33,3% до лечения; $p < 0,05$). При этом статистически значимой разницы между вышеописанными показателями в группах наблюдения относительно группы сравнения через 3 мес. после терапии выявлено не было. Через 6 месяцев от начала терапии количество женщин с повышенной массой тела в группах исследования существенно не изменилось в сравнении с такими через 3 месяца от начала терапии (рис. 9 и 10).

Полученные нами данные свидетельствуют в пользу клинической эффективности схем

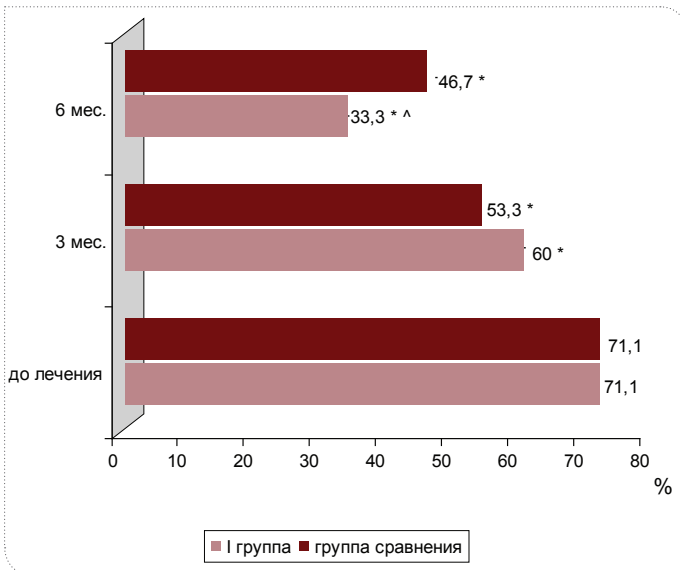


РИСУНОК 7.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ МАСТАЛГИИ У ЖЕНЩИН
I ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин с масталгией до лечения ($p < 0,05$);
^ разница достоверна относительно показателя количества женщин с масталгией через 3 месяца после лечения ($p < 0,05$)

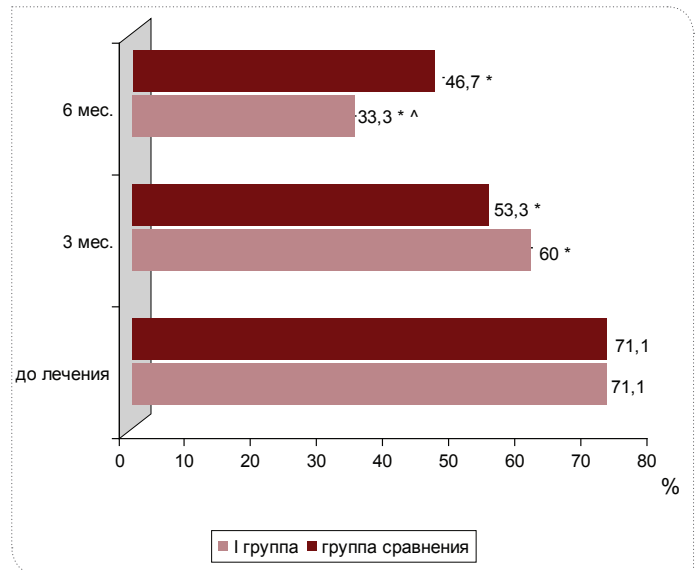


РИСУНОК 8.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ МАСТАЛГИИ У ЖЕНЩИН
II ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин с масталгией до лечения ($p < 0,05$)

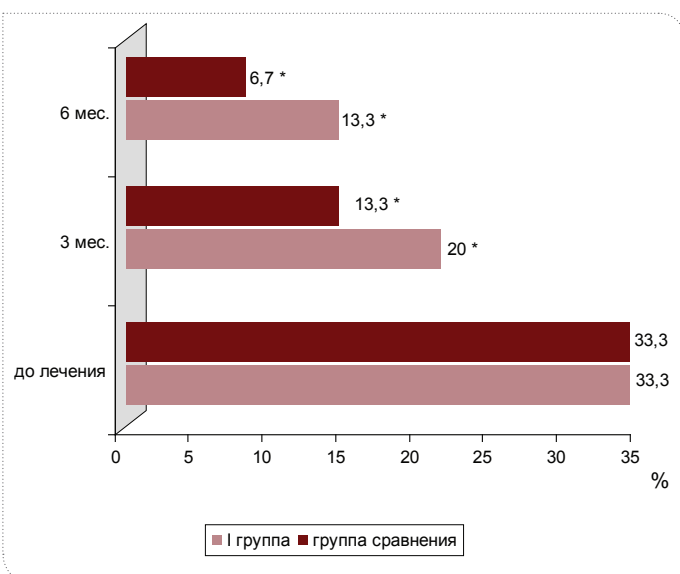


РИСУНОК 9.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН I ГРУППЫ
НАБЛЮДЕНИЯ В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин до лечения ($p < 0,05$)

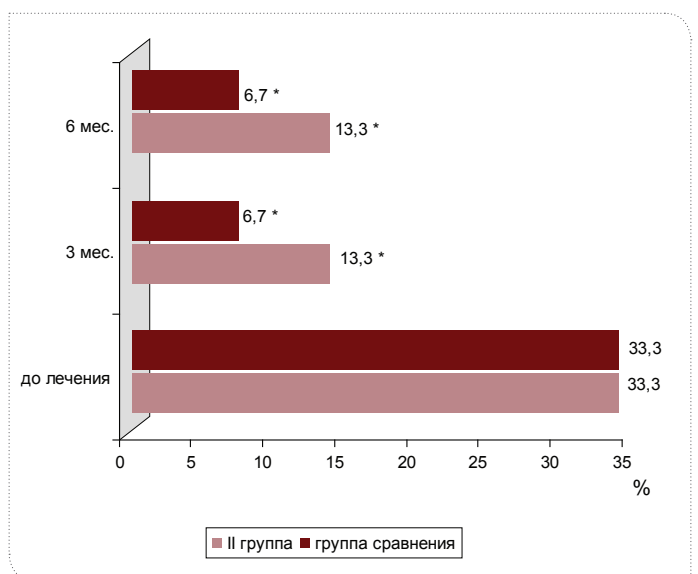


РИСУНОК 10.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН II ГРУППЫ
НАБЛЮДЕНИЯ В ХОДЕ ТЕРАПИИ

* разница достоверна относительно показателя количества женщин до лечения ($p < 0,05$)

лечения Магникумом сравнимой с таковой при лечении дидрогестероном в отношении симптомов, вызванных задержкой жидкости у женщин с ПМС.

Головная боль наблюдалась у 31,1% женщин до лечения. Она, пожалуй, является единственным симптомом цефалгической формы ПМС, выявленным нами в процессе исследования. Головная боль дергающего характера наиболее часто локализовалась в височной области и не сопровождалась повышением артериального давления. В ходе лечения мы наблюдали позитивную тенденцию развития симптома головной боли через 3 месяца терапии у женщин всех групп исследо-

вания (20; 33,3 и 26,7% женщин соответственно в I, II и группе сравнения, против 31,1% до лечения; $p > 0,05$). Следует отметить, что существенной разницы между количеством женщин с головной болью в I, II группах исследования относительно группы сравнения через 3 месяца после лечения выявлено не было. При этом через 6 месяцев от начала лечения рецидивов головной боли не наблюдалось (26,7 и 20% соответственно в I, II группе через 6 месяце терапии, против 20 и 33,3% через 3 месяца), что свидетельствует в пользу эффективности схем лечения Магникумом, сравнимого с терапией дидрогестероном.

В то же время, нами не отмечено существенной положительной динамики в отношении проявлений таких симптомов, как слабость, нарушение пищевого поведения, повышение температуры до субфебрильной, акне через 3 и 6 месяцев после терапии во всех группах исследования.

ВЫВОДЫ

1. Клиническая картина ПМС на фоне генитального эндометриоза характеризуется доминированием симптомов отечной, нервно-психической и цефалгической форм ПМС.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Татарчук Т.Ф., Венцковская И.Б., Шевчук Т.В.

Предменструальный синдром – междисциплинарная проблема // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4 (010). – С. 36 – 43.

Tatarchuk, T.F. Ventskovskaya, I.B. Shevchuk, T.V.

«Premenstrual syndrome is an interdisciplinary problem.» Art of treatment, 4(010) (2004):36-43.

2. Пересада О.А.

Предменструальный синдром: патогенез, клинические проявления, лечение // Медицинские новости. – 2010. – № 8. – С. 15–18.

Peresada, O.A.

«Premenstrual syndrome: pathogenesis, clinical manifestations, treatment.» Medical News, 8(2010):15-18.

3. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Сасунова Р.А., Иванова Е.В.

Роль магния в патогенезе предменструального синдрома // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – № 3.

2. Предложенные нами схемы лечения Магникумом по 1 или 2 таблетки 3 раза в день с 14-го по 28-й день менструального цикла в течение трех месяцев сравнимы по эффективности с терапией дидрогестероном, особенно в отношении отечной формы и некоторых симптомов нервно-психической и цефалгической форм ПМС.

3. Вышеуказанные результаты исследования позволяют нам рекомендовать схему терапии Магникумом по 1 таблетке 3 раза в день с 14-го по 28-й день МЦ в течение трех месяцев как терапевтически эффективный и экономически целесообразный способ лечения ПМС у женщин с эндометриозом.

Prilepskaya, V.N. Mezhevitynova, E.A. Sasunova, R.A.

Ivanova, E.V.

«Role of magnesium in the pathogenesis of premenstrual syndrome.» Russian Obstetrician and Gynecologist Gazette, 3(2012).

4. Майоров М.В., Жученко С.И.

Применение препаратов магния в амбулаторной гинекологии // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 1. – С. 14 – 18.

Mayorov, M.V. Zhuchenko, S.I.

«Using of magnesium drugs in outpatient gynecology.» Medical aspects of women's health, 1(2011):14-18.

5. Gonda, X. Telek, T. Juhasz, G. Lazary, J. Vargha, A. Bagdy, G.

«Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders.» Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry, 32(8)(2008):1782-1788.

□

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

В.П. Ковбасій, к. мед. н., медична мережа «Добробут», Київ

І.П. Маноліяк, молодший науковий співробітник відділення ендокринної патології, Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Проведено дослідження з вивчення ефективності терапії передменструального синдрому у пацієнок з генітальним ендометріозом. У дане дослідження увійшло 45 жінок репродуктивного віку від 19 до 40 років з передменструальним синдромом середнього ступеня тяжкості. Запропоновані авторами дослідження схеми лікування препаратом Магнікум по 1 або 2 таблетки 3 рази на день з 14-го по 28-й день менструального циклу протягом трьох місяців були порівнянні по ефективності з терапією дідрогестероном, особливо щодо набрякової форми і деяких симптомів нервово-психічної і цефалгічної форм передменструального синдрому.

Ключові слова: передменструальний синдром, ендометріоз, магній, вітамін B₆, Магнікум.

THERAPY FEATURES OF PREMENSTRUAL SYNDROME IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS

N.F. Zakharenko, MD, chief researcher at the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

V.P. Kovbasiy, PhD, medical network «Dobrobut», Kiev

I.P. Manolyak, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

A study on the effectiveness of treatment of premenstrual syndrome in patients with endometriosis was performed. It included 45 women of reproductive age from 19 to 40 years with moderate severity of premenstrual syndrome. Authors of this study suggested that treatment regimens 1 or 2 tablets Magnicum 3 times a day from the 14th to the 28th day of the menstrual cycle for three months were comparable in effectiveness with dydrogesterone treatment, especially for the edematous form and some symptoms of neuropsychiatric and cephalgic form of premenstrual syndrome.

Key words: premenstrual syndrome, endometriosis, magnesium, vitamin B₆, Magnicum.