

УДК 615.036+618.17

Пахаренко Л.В.

**Досвід диференційованого підходу до лікування різних форм передменструального синдрому**

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет” (м. Івано-Франківськ)

e-mail: ludapak@rambler.ru

**Резюме.** Лікування передменструального синдрому (ПМС) на сьогодні залишається дискусійним питанням та вимагає індивідуального диференційованого підходу. **Мета дослідження.** Робота присвячена вивченню оцінки ефективності диференційованого лікування різних форм ПМС. **Матеріал і методи дослідження.** Об'єктом дослідження були 200 жінок репродуктивного віку з діагнозом ПМС, яким в залежності від форми та тяжкості захворювання призначали комбіновані естроген-гестагенні препарати з дроспіреноном, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, екстракт Прутьяка звичайного або традиційне лікування. **Результати дослідження.** Традиційна терапія є достатньо ефективною для корекції психологічних та соматичних проявів у хворих з легким перебігом нейропсихічної та набрякової форм ПМС та недостатньо результативна у цих хворих з тяжким перебігом та осіб з цефалгічною та кризовою формами захворювання. Диференційоване лікування нейропсихічної та набрякової форм з призначенням комбінованих оральних контрацептивів, що містять дроспіренон, та застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у хворих цефалгічною та кризовою формами ПМС суттєво сприяють зниженню інтенсивності та нівелюванню симптомів захворювання порівняно із традиційною терапією. Препарати рослинного походження на основі екстракту плодів Прутьяка звичайного є ефективними щодо корекції симптомів у жінок з легким перебігом нейропсихічної форми. **Висновок.** Лікування хворих ПМС має носити індивідуальний диференційований характер в залежності від клінічної форми та тяжкості захворювання.

**Ключові слова:** передменструальний синдром, лікування.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Передменструальний синдром (ПМС) – це функціональний розлад центральної нервової системи під впливом несприятливих екзо- чи ендогенних факторів на тлі набутої або вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи [1]. Безумовно, єдиного вирішення проблеми лікування всіх жінок із ПМС досягнути важко. Тому, найбільш ефективним вважається індивідуальний диференційований підхід до терапії даної патології [7, 8].

International Society for Premenstrual Disorders запропонувало два основні напрямки медикаментозного лікування. До препаратів першого напрямку віднесли ті, які впливають на ЦНС, зокрема, модулятори нейромедіатора серотоніну. Другим напрямком терапії є препарати, які пригнічують овуляцію [6]. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну є ефективними препаратами, які коригують фізичні, функціональні та поведінкові симптоми ПМС. Проте, схеми лікування досі викликають дискусію [5, 10]. Низькодозовані комбіновані оральні контрацептиви полегшують клініку ПМС завдяки пригніченню овуляції. Особливо дієвими є препарати з дроспіреноном, який крім властивостей прогестерону володіє ще антимінералокортикоїдним та антиандрогенним ефектами [4, 9]. Позитивна динаміка сьогодні відмічається при застосуванні рослинних препаратів. Одними з найбільш ефективних та поширених з них є ті, які містять Прутьяк звичайний. Екстракти плодів цієї рослини зменшують симптоми масталгії, деякі психічні та соматичні прояви захворювання, нормалізують дисбаланс між естрогенами та прогестероном [3, 11].

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність індивідуального диференційованого підходу лікування різних форм ПМС.

**Матеріал і методи дослідження**

Проведено обстеження 200 жінок з передменструальним синдромом, які становили основну групу. Контрольну групу склали 50 практично здорових жінок без діагнозу ПМС. Верифікацію діагнозу проводили згідно з існуючим положенням наказу № 676 МОЗ України [1]. Діагноз ПМС виставляли шляхом виявлення цикліч-

ності маніфестацій захворювання в лютеїновій фазі менструального циклу на основі збору анамнезу та ведення пацієнткою щоденника самопостереження протягом 2-3 менструальних циклів (менструальний дистрес-опитувальник Р. Муса). Шкала Р. Муса складається з 8 компонентів, які містять 47 симптомів. Інтенсивність кожного симптому оцінювали від “1” до “6” балів на 25 день менструального циклу до та після лікування. Форму ПМС (набрякова, нейропсихічна, цефалгічна, кризова) визначали відповідно до класифікації В. П. Сметник [2].

Всім хворим ПМС була запропонована немедикаментозна та медикаментозна корекція порушень тривалістю 6 місяців згідно наказу № 676 МОЗ України. Першочергово проводились заходи стосовно модифікації способу життя: рекомендації щодо дотримання режиму праці та відпочинку, помірної фізичної навантаження, сну тривалістю до 8 год на добу, дробового режиму та певного раціону харчування. В подальшому хворі основної групи в залежності від виду терапії були розподілені на дві групи – I та II. I група жінок отримувала запропоновану терапію, яка мала диференційований підхід. В залежності від форми та тяжкості хвороби відповідно до проведеного лікування хворі були рандомізовані на такі підгрупи:

IA<sub>1</sub> (20 осіб) – жінки з нейропсихічною формою ПМС легкого ступеня, які отримували рослинний препарат на основі екстракту плодів Прутьяка звичайного (*Vitex agnus castus*) в дозі 40 крапель на добу; IA<sub>2</sub> (15 хворих) – жінки з нейропсихічною формою тяжкого ступеня, яким призначався комбінований естроген-гестагенний препарат, що містить 20 мкг етинілестрадіолу (ЕЕ) та 3 мг дроспіренона в режимі 24+4; IB – хворі з набряковою формою ПМС, які приймали естроген-гестагенний препарат, що містить 30 мкг ЕЕ та 3 мг дроспіренона в режимі 21+7, з них 20 осіб з легким ступенем захворювання (IB<sub>1</sub>) та 15 осіб – з тяжким (IB<sub>2</sub>) ступенем; IB (18 хворих) – жінки з цефалгічною формою та II (13 хворих) – жінки з кризовою формою ПМС, які отримували селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну флуоксетин 20 мг на добу два дні з моменту настання овуляції та ще через сім днів після першого прийому препарату два дні.

II група жінок отримувала традиційну терапію за загальноприйнятою схемою: в другій фазі менструального циклу – вітамін Е 200 мг 1 раз на добу, вітаміни групи В (нейровітан 1 табл 1 раз на добу), верошпірон 25 мг 2 рази на добу, свічки індометацин 0,05 г ректально 1 раз на добу. З метою порівняння ефективності лікування обох груп хворі II групи були поділені на підгрупи: IIА<sub>1</sub> (22 жінки) та IIА<sub>2</sub> (15 жінок) – особи з нейропсихічною формою ПМС відповідно з легким та тяжким перебігом; IIБ<sub>1</sub> (22 жінки) та IIБ<sub>2</sub> (15 жінок) – особи з набряковою формою відповідно легкого та тяжкого ступенів; IIВ (15 жінок) – хворі цефалгічною та IIГ (12 жінок) – кризовою формами ПМС.

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0. Виразували середню арифметичну величину (M), стандартну похибку середнього (m), вірогідність різниці результатів дослідження (p). Для порівняння двох незалежних груп за однією ознакою застосовували непараметричний критерій Манна-Уїтні, для порівняння двох залежних груп – критерій Вілкоксона. Різницю між величинами, які порівнювали вважали достовірною при p<0,05.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Як показано в табл. 1-3 компоненти “больові прояви”, “зміни поведінки”, “вегетативні реакції” та “порушення дієздатності” були найбільш виражені у хворих цефалгічною та кризовою формами ПМС. Для жінок з нейропсихічною формою захворювання типовими виявились компоненти “порушення концентрації” та “негативна афектація”, а з набряковою формою – “затримка рідини”.

Аналіз інтенсивності клінічних маніфестацій переконливо свідчить про позитивні ефекти запропонованого лікування у хворих нейропсихічною формою ПМС (табл. 1). У жінок з легким перебігом цієї форми захворювання IA<sub>1</sub> підгрупи з “помірних” проявів компонентів “порушення кон-

**Таблиця 1. Динаміка показників шкали Р. Муса на фоні лікування у хворих нейропсихічною формою ПМС, M±m, бали**

Компонент шкали	Етап лікування	Легка форма, підгрупи		Тяжка форма, підгрупи		Контрольна група, n=50
		IA <sub>1</sub> , n=20	IIA <sub>1</sub> , n=22	IA <sub>2</sub> , n=15	IIA <sub>2</sub> , n=15	
Больові прояви	до	1,80±0,20°	1,86±0,21°	2,73±0,27°	2,40±0,27°	1,22±0,08
	після	1,25±0,12	1,27±0,12*	1,47±0,19*	1,60±0,21	
Порушення концентрації	до	3,85±0,18°	4,05±0,15°	4,40±0,13°	4,27±0,18°	1,40±0,10
	після	1,90±0,19**°	3,32±0,18**°^	2,07±0,21**°	3,80±0,20**°^	
Зміни поведінки	до	3,70±0,16°	3,55±0,23°	4,13±0,24°	4,00±0,22°	1,44±0,10
	після	1,70±0,15**	2,86±0,20**°^	1,87±0,13**°	3,40±0,24**°^	
Вегетативні реакції	до	1,95±0,28°	2,00±0,25°	2,40±0,34°	2,47±0,34°	1,18±0,07
	після	1,25±0,10*	1,41±0,11*	1,47±0,13**°	1,93±0,23**°	
Загримка рідини	до	2,00±0,26°	1,64±0,19	2,93±0,23°	2,80±0,22°	1,26±0,06
	після	1,20±0,09*	1,23±0,09**	1,33±0,13*	1,53±0,17**	
Негативна афектація	до	4,55±0,17°	4,64±0,15°	5,20±0,20°	5,00±0,20°	1,58±0,10
	після	2,10±0,14**°	3,32±0,14**°^	2,47±0,17**°	3,93±0,12**°^	
Порушення дієздатності	до	3,35±0,20°	3,45±0,18°	4,33±0,16°	4,13±0,17°	1,14±0,05
	після	1,70±0,13**°	2,45±0,17**°^	2,07±0,18**°	3,20±0,17**°^	
Порушення контролю	до	1,20±0,12	1,27±0,13	1,40±0,19	1,47±0,22	1,00±0,00
	після	1,05±0,05	1,09±0,06	1,07±0,07	1,33±0,16	

Примітки: 1. \* – достовірність різниці даних показника до та після лікування (p<0,05); 2. \*\* – достовірність різниці даних показника до та після лікування (p≤0,001); 3. ° – достовірність різниці даних показника з контрольною групою (p<0,05); 4. ° – достовірність різниці даних показника з контрольною групою (p≤0,001); 5. ^ – достовірність різниці даних показника після лікування між I та II підгрупами відповідної форми (p<0,05)

центрації”, “зміни поведінки” та “виражених” маніфестацій компоненту “негативна афектація” запропонована терапія привела до “ледь помітних” симптомів, динаміка зменшення яких становила відповідно 50,65% (p<0,001), 54,05% (p<0,001) та 53,85% (p=0,008). У жінок ІА<sub>1</sub> підгрупи значення цих компонентів після лікування констатовані як “слабкі”, а вираженість їх зниження була відповідно 18,02% (p<0,001), 19,44% (p=0,002) та 28,45% (p<0,001).

У осіб з тяжким перебігом нейропсихічної форми, які отримували традиційну терапію, з “помірних” до “слабких” проявів відбулось зниження відносно рівня до лікування компонентів “порушення концентрації” на 11,01% (p=0,018), “зміни поведінки” – на 15,00% (p=0,008) та “порушення дієздатності” – на 22,52% (p=0,002), а компоненту “негативна афектація” з “виражених” до “помірних” маніфестацій на 21,40% (p=0,002). У хворих ІА<sub>2</sub> підгрупи динаміка зменшення цих компонентів після запропонованої терапії досягла практично значень осіб ІА<sub>1</sub> підгрупи та становила 52,95% (p<0,001), 54,72% (p<0,001), 52,19% (p<0,001) та 52,50% (p<0,001) відповідно.

У жінок з легким перебігом набрякової форми обидва

види терапії привели до практично однакової корекції шкал (табл. 2). Так, “затримка рідини”, яка у хворих набряковою формою ПМС за результатами нашого дослідження була найбільш вираженим компонентом, досить успішно нормалізувалась у жінок всіх підгруп. У осіб ІБ<sub>1</sub>, ІБ<sub>2</sub> та ІБ<sub>2</sub> підгруп зниження інтенсивності відмічалось з показника, що наближався до “виражених” проявів, до рівня “ледь помітних”, а у жінок ІБ<sub>2</sub> підгрупи – до “слабких” маніфестацій. Динаміка нівелювання компоненту була більш помітною у хворих з тяжким перебігом. Запропонована терапія привела до його зниження у них на 65,31% (p<0,001), традиційна – на 47,93% (p<0,001).

Хоча у жінок ІБ<sub>2</sub> підгрупи на фоні терапії “больові прояви” констатовано як “ледь помітні” та їх зменшення становило 39,58% (p=0,002), у хворих ІБ<sub>2</sub> підгрупи цей параметр був практично “відсутній” та його зниження констатовано на 60,71% відносно рівня до лікування (p=0,005), що відповідало величині контролю, та було достовірно нижчим від показника ІБ<sub>2</sub> підгрупи (p=0,017). Компоненти “порушення концентрації”, “зміни поведінки” та “негативна афектація” знизились як в ІБ<sub>2</sub>, так і ІБ<sub>1</sub> підгрупах, із “слабких” до “ледь

**Таблиця 2. Динаміка показників шкали Р. Муса на фоні лікування у хворих набряковою формою ПМС, M±m, бали**

Компонент шкали	Етап лікування	Легка форма, підгрупи		Тяжка форма, підгрупи		Контрольна група, n=50
		ІБ <sub>1</sub> , n=20	ІБ <sub>2</sub> , n=22	ІБ <sub>2</sub> , n=14	ІБ <sub>2</sub> , n=14	
Больові прояви	до	3,10±0,27°	3,00±0,25°	3,64±0,32°	3,79±0,21°	1,22±0,08
	після	1,30±0,15**	1,41±0,16*	1,43±0,20*	2,29±0,22**°^	
Порушення концентрації	до	2,15±0,23°	2,14±0,22°	3,00±0,26°	3,14±0,14°	1,40±0,10
	після	1,30±0,13*	1,50±0,14*	1,50±0,23**	1,86±0,18**°	
Зміни поведінки	до	1,75±0,18	1,64±0,17	3,29±0,19°	3,21±0,19°	1,44±0,10
	після	1,30±0,11*	1,45±0,11	1,64±0,20**	2,43±0,20**°^	
Вегетативні реакції	до	1,50±0,15	1,45±0,18	2,43±0,34°	2,14±0,33°	1,18±0,07
	після	1,20±0,09*	1,32±0,14	1,29±0,13*	1,36±0,13*	
Загримка рідини	до	4,65±0,17°	4,55±0,16°	4,93±0,16°	5,07±0,13°	1,26±0,06
	після	1,80±0,09**°	2,05±0,12**°	1,71±0,13**°	2,64±0,13**°^	
Негативна афектація	до	2,25±0,24°	1,95±0,25	3,21±0,35°	3,43±0,31°	1,58±0,10
	після	1,40±0,11**	1,55±0,17*	1,71±0,22*	2,29±0,27**°	
Порушення дієздатності	до	1,35±0,13	1,27±0,10	3,36±0,17°	3,21±0,19°	1,14±0,05
	після	1,15±0,08	1,18±0,08	1,43±0,20*	2,71±0,24**°^	
Порушення контролю	до	1,00±0,00	1,00±0,00	1,14±0,10	1,07±0,07	1,00±0,00
	після	1,00±0,00	1,00±0,00	1,00±0,00	1,07±0,07	

Примітки: 1. \* – достовірність різниці даних показника до та після лікування (p<0,05); 2. \*\* – достовірність різниці даних показника до та після лікування (p≤0,001); 3. ° – достовірність різниці даних показника з контрольною групою (p<0,05); 4. ° – достовірність різниці даних показника з контрольною групою (p≤0,001); 5. ^ – достовірність різниці даних показника після лікування між I та II підгрупами відповідної форми (p<0,05)

Таблиця 3. Динаміка показників шкали Р. Муса на фоні лікування у хворих цефалгічною та кризовою формами ПМС,  $M \pm m$ , бали

Компонент шкали	Етап лікування	Цефалгічна форма, підгрупи		Кризова форма, підгрупи		Контрольна група, n=50
		ІВ, n=18	ІІВ, n=15	ІГ, n=13	ІІІГ, n=12	
Больові прояви	до	4,94±0,17 <sup>oo</sup>	4,93±0,18 <sup>oo</sup>	5,00±0,23 <sup>oo</sup>	5,00±0,21 <sup>oo</sup>	1,22±0,08
	після	2,50±0,22 <sup>**o</sup>	3,53±0,26 <sup>*o^</sup>	2,92±0,24 <sup>**o</sup>	4,17±0,17 <sup>*o^</sup>	
Порушення концентрації	до	3,33±0,16 <sup>oo</sup>	3,20±0,24 <sup>oo</sup>	3,46±0,18 <sup>oo</sup>	3,33±0,19 <sup>oo</sup>	1,40±0,10
	після	1,78±0,17 <sup>**</sup>	2,87±0,22 <sup>o^</sup>	2,00±0,23 <sup>**o</sup>	3,00±0,21 <sup>o^</sup>	
Зміни поведінки	до	4,83±0,17 <sup>oo</sup>	4,67±0,25 <sup>oo</sup>	4,92±0,14 <sup>oo</sup>	4,58±0,19 <sup>oo</sup>	1,44±0,10
	після	2,39±0,12 <sup>**o</sup>	4,00±0,22 <sup>*o^</sup>	2,54±0,14 <sup>**o</sup>	4,00±0,21 <sup>*o^</sup>	
Вегетативні реакції	до	4,11±0,29 <sup>oo</sup>	3,93±0,30 <sup>oo</sup>	5,08±0,18 <sup>oo</sup>	5,00±0,21 <sup>oo</sup>	1,18±0,07
	після	2,06±0,17 <sup>**o</sup>	3,47±0,24 <sup>*o^</sup>	2,54±0,18 <sup>**o</sup>	4,33±0,19 <sup>*o^</sup>	
Загримка рідини	до	2,00±0,30	1,87±0,29	2,00±0,28 <sup>o</sup>	1,92±0,23 <sup>o</sup>	1,26±0,06
	після	1,39±0,14 <sup>*</sup>	1,33±0,13 <sup>*</sup>	1,31±0,13 <sup>*</sup>	1,33±0,14 <sup>*</sup>	
Негативна афектація	до	3,17±0,31 <sup>oo</sup>	3,00±0,38 <sup>oo</sup>	4,08±0,18 <sup>oo</sup>	3,92±0,29 <sup>oo</sup>	1,58±0,10
	після	1,83±0,17 <sup>**</sup>	2,60±0,34 <sup>*o</sup>	2,08±0,14 <sup>**o</sup>	3,25±0,28 <sup>*o^</sup>	
Порушення дієздатності	до	4,61±0,20 <sup>oo</sup>	4,27±0,33 <sup>oo</sup>	4,62±0,21 <sup>oo</sup>	4,42±0,19 <sup>oo</sup>	1,14±0,05
	після	2,33±0,16 <sup>**o</sup>	3,53±0,26 <sup>*o^</sup>	2,92±0,21 <sup>**o</sup>	3,67±0,14 <sup>*o^</sup>	
Порушення контролю	до	1,22±0,15	1,27±0,18	4,77±0,20 <sup>oo</sup>	4,92±0,26 <sup>oo</sup>	1,00±0,00
	після	1,00±0,00	1,20±0,14	2,23±0,12 <sup>**o</sup>	4,25±0,22 <sup>*o^</sup>	

Примітки: 1. \* – достовірність різниці даних показника до та після лікування ( $p < 0,05$ ); 2. \*\* – достовірність різниці даних показника до та після лікування ( $p \leq 0,001$ ); 3. <sup>o</sup> – достовірність різниці даних показника з контрольною групою ( $p < 0,05$ ); 4. <sup>oo</sup> – достовірність різниці даних показника з контрольною групою ( $p \leq 0,001$ ); 5. <sup>^</sup> – достовірність різниці даних показника після лікування між ІВ та ІІВ або ІГ та ІІІГ підгрупами ( $p < 0,05$ )

помітних” показників. Зменшення “порушення концентрації” відбулось відповідно на 50,00% ( $p=0,001$ ) та 40,76% ( $p=0,003$ ), “зміни поведінки” – на 50,15% ( $p=0,001$ ) та 24,30% ( $p=0,003$ ). Також більшу динаміку зниження відмічено стосовно значень “негативної афектації” в ІВ<sub>2</sub> підгрупі відносно ІІВ<sub>2</sub> – відповідно на 46,73% ( $p=0,003$ ) та 33,24% ( $p=0,002$ ) та компоненту “порушення дієздатності” – відповідно на 57,44% ( $p=0,003$ ) та 15,58% ( $p=0,018$ ).

Компонент “больові прояви”, який був найінтенсивнішим серед інших параметрів шкали менструального опитувальника Р. Муса у хворих цефалгічною формою ПМС, успішно корегувався на фоні запропонованої терапії (табл. 3). З практично “виражених” проявів його зниження відмічено у жінок ІВ підгрупи на 49,39% ( $p < 0,001$ ), досягаючи рівня “ледь помітних” проявів, а ІІВ підгрупи – лише на 28,40% ( $p=0,003$ ) до “помірних”. Аналогічна тенденція відмічалась і відносно компоненту “зміни поведінки”. В ІВ підгрупі з “виражених” проявів він досяг рівня “ледь помітних”, знижуючись на 50,52% ( $p < 0,001$ ), а у хворих ІІВ підгрупи – зменшувався лише на 14,35% ( $p=0,008$ ). У жінок ІВ підгрупи також відмічено більш інтенсивну динаміку зниження компонентів “порушення дієздатності” та “вегетативні реакції”, ніж у хворих ІІВ підгрупи. Запропонована терапія привела до зменшення цих компонентів з “помірних” до “ледь помітних” проявів, відповідно на 49,46% ( $p < 0,001$ ) та 49,88% ( $p < 0,001$ ), а традиційна – до “слабких”, при цьому зниження становило відповідно 17,33% ( $p=0,003$ ) та 11,70% ( $p=0,018$ ). Також особи ІВ підгрупи характеризувалися більшою динамікою зменшення компонентів “негативна афектація” та “порушення концентрації” порівняно з хворими ІІВ підгрупи. В ІВ підгрупі ці параметри на фоні лікування з “слабких” проявів досягли рівня “ледь помітних”, знижуючись на 42,27% ( $p < 0,001$ ) та 46,55% ( $p < 0,001$ ). У осіб ІІВ підгрупи інтенсивність зменшення цих компонентів була незначною – 13,33% ( $p=0,028$ ) та 10,31% ( $p=0,116$ ) відповідно.

У жінок з кризовою формою ПМС запропонована терапія привела до вираженого зниження інтенсивності компонентів шкали Р. Муса порівняно з традиційною. У хворих ІГ підгрупи з практично “виражених” маніфестацій до “слабких” відбулось зниження компонентів “больові прояви” – на 41,60% ( $p=0,001$ ), “вегетативні реакції” – на 50,00% ( $p=0,001$ ), “зміни поведінки” – на 48,37% ( $p=0,001$ ), “порушення дієздатності” – на 36,80% ( $p=0,001$ ), зменшення значення компоненту “порушення контролю” становило 53,25% ( $p=0,001$ ) з “виражених” до “ледь помітних” проявів. Запропоноване лікування знизило до “ледь помітних” симптомів

компонент “негативна афектація” з “помірних” проявів на 49,02% ( $p=0,001$ ), компоненту “порушення концентрації” із “слабких” на 42,20% ( $p=0,001$ ). Традиційна терапія не значно впливала на вираженість маніфестацій у хворих кризовою формою. Відносно слабким було зниження таких компонентів як “порушення концентрації” (9,91%,  $p=0,068$ ), “зміни поведінки” (12,66%,  $p=0,018$ ), “вегетативні реакції” (13,40%,  $p=0,018$ ), “порушення контролю” (13,62%,  $p=0,018$ ) та “больові прояви” (16,60%,  $p=0,008$ ). Інтенсивність останніх чотирьох компонентів навіть на фоні лікування була оцінена як “помірні” прояви. У хворих ІІГ підгрупи зниження вираженості компонентів “порушення дієздатності” та “негативна афектація” також було незначним – відповідно 16,97% ( $p=0,008$ ) та 17,09% ( $p=0,018$ ) з “помірних” до “слабких” симптомів.

### Висновки

Лікування хворих ПМС має мати індивідуальний диференційований характер в залежності від клінічної форми та тяжкості захворювання. Традиційна терапія є достатньо ефективною для корекції психологічних та соматичних проявів у хворих з легким перебігом нейропсихічної та набрякової форм ПМС та недостатньо результативною у цих хворих з тяжким перебігом та осіб з цефалгічною та кризовою формами захворювання.

Призначенням комбінованих оральних контрацептивів, що містять дроспіренон, хворим набряковою та нейропсихічною формами ПМС та застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у жінок з цефалгічною та кризовою формами суттєво сприяють зниженню інтенсивності та нівелюванню симптомів захворювання порівняно із традиційною терапією. Препарати рослинного походження на основі екстракту плодів Прутьяку звичайного є ефективними щодо корекції симптомів у жінок з легким перебігом нейропсихічної форми ПМС.

### Перспективи подальших досліджень

Отримані результати спонукають оцінити вплив диференційованого підходу до лікування ПМС на гормональний стан хворих.

### Література

1. Наказ № 676 МОЗ України від 31. 12. 2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
2. Сметник В. П. Неоперативная гинекология: Руководство

для врачей. Книга 1 / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – СПб.: СОТИС, 1995. – С. 129-138.

3. He Z. Treatment for premenstrual syndrome with *Vitex agnus castus*: A prospective, randomized, multi-center placebo controlled study in China / Z. He, R. Chen, Y. Zhou [et al.] // *Maturitas*. – 2009. – V. 63 (1). – P. 99-103.

4. Lopez L. M. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome / L. M. Lopez, A. A. Kaptein, F. M. Helmerhorst // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2009. – V. 15(2):CD006586.

5. Marjoribanks J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome / J. Marjoribanks, J. Brown, P. M. O'Brien, K. Wyatt // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2013. – V. 7; 6:CD001396. doi: 10.1002/14651858.CD001396.pub3.

6. Nevatte T. ISPMID consensus on the management of premenstrual disorders / T. Nevatte, P. M. O'Brien, T. Вдкstrum [et al.] // *Arch. Womens Ment. Health.* – 2013. – V. 16 (4). – P. 279-291.

7. Panay N. Treatment of premenstrual syndrome: a decision-making algorithm / N. Panay // *Menopause Int.* – 2012. – V. 18 (2). – P. 90-92.

8. Rapkin A. J. New treatment approaches for premenstrual disorders / A. J. Rapkin // *Am. J. Manag. Care.* – 2005. – V. 11 (16 Suppl.). – P. 480-491.

9. Rapkin A. J. Drospirenone/ethinyl estradiol / A. J. Rapkin, S. N. Sorger, S. A. Winer // *Drugs Today (Barc).* – 2008. – V. 44 (2). – P. 133-145.

10. Shah N. R. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis / N. R. Shah, J. B. Jones, J. Aperi [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2008. – V. 111 (5). – P. 1175-1182.

11. Zamani M. Therapeutic effect of *Vitex agnus castus* in patients with premenstrual syndrome / M. Zamani, N. Neghab, S. Torabian // *Acta Med. Iran.* – 2012. – V. 50 (2). – P. 101-116.

*Пахаренко Л.В.*

#### **Опыт дифференцированного подхода к лечению различных форм предменструального синдрома**

ГВУЗ “Ивано-Франковский национальный медицинский университет” (г. Ивано-Франковськ)

**Резюме.** Лечение предменструального синдрома (ПМС) сегодня остается дискуссионным вопросом и требует индивидуального дифференцированного подхода. **Цель исследования.** Работа посвящена изучению оценки эффективности дифференцированного лечения различных форм ПМС. **Материал и методы исследования.** Объектом исследования были 200 женщин репродуктивного возраста с диагнозом ПМС, которым в зависимости от формы и тяжести заболевания назначали комбинированные эстроген-гестагенные препараты с дроспиреноном, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, экстракт Прутьяка обычного или традиционное лечение. **Результаты исследования.** Традиционная терапия была достаточно эффективна для коррек-

ции психологических и соматических проявлений у больных с легким течением нейропсихической и отечной форм ПМС и недостаточно результативна у этих больных с тяжелым течением и лиц с цефалгической и кризисной формами заболевания. Дифференцированное лечение нейропсихической и отечной форм с назначением комбинированных оральных контрацептивов, содержащих дроспиренон, и применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина у больных цефалгической и кризисной формами ПМС существенно способствуют снижению интенсивности и нивелированию симптомов заболевания по сравнению с традиционной терапией. Препараты растительного происхождения на основе экстракта плодов Прутьяка обычного эффективны для коррекции симптомов у женщин с легким течением нейропсихической формы. **Вывод.** Лечение больных ПМС должно носить индивидуальный дифференцированный характер в зависимости от клинической формы и тяжести заболевания.

**Ключевые слова:** предменструальный синдром, лечение.

*L.V. Pakharenska*

#### **Experience of Differentiated Approach to Treatment of Various Forms of Premenstrual Syndrome**

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine [ludapak@rambler.ru](mailto:ludapak@rambler.ru)

**Abstract.** Today treatment of premenstrual syndrome (PMS) is still debatable and requires an individual differentiated approach.

**The objective of research** was to evaluate the effectiveness of differentiated treatment of PMS various forms.

**Material and methods.** The study involved 200 women of reproductive age with diagnosis of PMS. Combined estrogen-progestagen drugs with drospirenone, selective serotonin reuptake inhibitors, *Vitex agnus castus* extract or traditional treatment were prescribed according to the form and severity of disease.

**Results of the research.** Traditional therapy was quite effective for correction of psychological and somatic symptoms in patients with mild neuropsychic and edematous forms of PMS. However, it was not effective enough in the patients with severe PMS and persons with cephalgic and crisis forms. Differentiated treatment of neuropsychic and edematous forms with combined oral contraceptives containing drospirenone and the use of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with cephalgic and crisis forms of PMS significantly helped to reduce the intensity and leveling of symptoms compared with traditional therapy. Herbal medicines with *Vitex agnus castus* were effective for correction of symptoms in women with mild neuropsychic form.

**Conclusions.** Treatment of patients with PMS should be individual and differentiated and depend on the clinical form and severity of the disease.

**Keywords:** premenstrual syndrome; treatment.

Надійшла 05.10.2015 року.

УДК 577.1752/7:6147/713-001]-092.9

*Пенішкевич Я.І.*

#### **Вплив простагландинів та інгібіторів їх синтезу на протеолітичний лізис високомолекулярних білків у волозі передньої камери ока кроликів при проникному пораненні війчастого тіла**

Буковинський державний медичний університет, кафедра офтальмології ім. проф.Б.Л.Радзіховського, м. Чернівці, Україна  
[uyarpen@gmail.com](mailto:uyarpen@gmail.com)

**Резюме. Вступ.** Порушення регуляції внутрішньоочних систем гемостазу є наслідком проникного поранення війчастого тіла. Дослідження впливу блокаторів та похідних продуктів метаболізму арахідонату на протеолітичну активність вологи передньої камери ока при проникному пораненні війчастого тіла дозволить своєчасно діагностувати і впливати на процеси після травматичного заpalання ока.

**Мета** - вивчити вплив простагландинів, а також інгібіторів їх синтезу на протеолітичний лізис високомолекулярних білків (ВМБ) у волозі передньої камери ока при проникному пораненні війчастого тіла.

**Матеріал і методи.** Робота виконана на 40 кроликах породи Шиншила. Простагландини (PG) E<sub>1</sub>, E<sub>2</sub> та F<sub>2α</sub> застосовували в інстиляційних дозах відповідно: 115 нг 2 рази на день, 20 мкг однократно і 250 нг 3 рази на день протягом трьох діб (за виключенням PGF<sub>2α</sub>, який вводили протягом двох тижнів). Парацетамол вводили в дозі 0,5 мг, диклофенак і дексаметазон - 0,05 мг протягом двох тижнів (всі - шість разів в день). Визначення протеолітичної активності у волозі передньої камери ока проводилося методом лізису азосполук з використанням реактивів “Simko Ltd.” (Україна).

**Результати.** PGE<sub>1</sub> і PGF<sub>2α</sub> зменшують інтенсивність лізису високомолекулярних білків, PGE<sub>2</sub> підвищує інтенсивність лізису