

Предменструальный синдром и предменструальные расстройства: принципы диагностики и коррекции

Д. И. Бурчаков

НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа», Москва

РЕЗЮМЕ

Предменструальный синдром – собирательный термин, объединяющий несколько разных по патогенезу и степени тяжести лечения расстройств. В их числе: основное предменструальное расстройство, предменструальное обострение иного заболевания и другие. Предменструальное дисфорическое расстройство фактически является отдельным заболеванием, требующим психиатрической помощи. В данном обзоре представлена современная классификация этих расстройств, даны подробные указания по их диагностике и коррекции. Особое внимание уделено роли комбинированной оральной контрацепции с дроспиреноном (КОК-ДРСП). Эта форма терапии позволяет корректировать симптомы предменструальных расстройств независимо от глубины проведенной диагностики и подходит значительному числу женщин.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: предменструальный синдром, предменструальные расстройства, дроспиренон.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Premenstrual syndrome and premenstrual disorders: principles of diagnosis and correction

D. I. Burchakov

Non-state educational private institution of additional professional education 'Higher Medical School', Moscow, Russia

SUMMARY

Premenstrual syndrome is a term that combines several disorders that are different in pathogenesis and severity of treatment. Among them: the main premenstrual disorder, premenstrual exacerbation of another disease, and others. Premenstrual dysphoric disorder is actually a separate disorder that requires mental health care. This review presents the modern classification of these disorders, provides detailed guidance on their diagnosis and correction. Particular attention is paid to the role of combined oral contraception with drospirenone (COC-DRSP). This form of therapy corrects the symptoms of premenstrual disorders, regardless of the depth of the diagnosis, and is suitable for a significant number of women.

KEY WORDS: premenstrual syndrome, premenstrual disorders, drospirenone.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Краткая история ПМС, ПМР и ПМДР

Циклические симптомы известны медицине с античности. Однако древние не практиковали вскрытие, и физиология менструации, равно как и природа связанных с циклом симптомов, оставалась для них загадкой. После цивилизационного срыва в силу распада и падения Римской империи, а также на фоне установления христианства как доминирующей религии в европейском культурном ареале, научное исследование менструации надолго остановилось. Лишь в эпоху Возрождения представления древних начали осторожно оспаривать и пересматривать, научные представления о менструации становились сложнее и глубже. И только в XX веке, с открытием эндокринной регуляции, природа менструального цикла стала известна.

Предменструальные симптомы веками считались проявлением то ли избытка крови в матке, то ли накопления менструального токсина. В XX веке стала очевидна (хотя и не ясна) роль овуляции в возникновении этих симптомов. В 1931 году было введено понятие предменструального напряжения, тогда же оно было связано с активностью

желтого тела. До, во время и после Второй мировой войны в связи с высокой потребностью в женских рабочих руках тему предменструального напряжения активно изучали, но существенного прогресса не достигли. В 1950 году появился термин «предменструальный синдром» (ПМС). В этот же период ввиду нарастающей автоматизации производства интерес к ПМС стал угасать. Следующие десятилетия прошли в баталиях нескольких крупных научных групп, каждая из которых отстаивала свою точку зрения на предменструальные симптомы. Гетерогенность критериев, отсутствие стандартизированной диагностики, бесконечные споры о валидности ретроспективных опросников – вот портрет этой научной сферы вплоть до конца XX века.

В начале 1990-х годов произошло два важных события. Во-первых, оформилось представление о предменструальном дисфорическом расстройстве (ПМДР) как тяжелой форме ПМС, для которой характерны в первую очередь психологические симптомы. Во-вторых, сложные и гро-

Русский термин	Английский термин	Содержание
Предменструальное напряжение	Premenstrual tension	Термин появился в 1931 году, его использовали для описания неспецифических симптомов, возникавших в лютеиновую фазу менструального цикла
Предменструальный синдром (ПМС)	Premenstrual syndrome (PMS)	Термин появился в 1950 году, отражая возникновение представления о циклических симптомах как о самостоятельном гинекологическом заболевании. В настоящее время обычно используется как зонтичный термин для всех видов ПМП
Предменструальное расстройство (ПМП)	Premenstrual disorder (PMD)	Общий термин для нескольких видов расстройств, проявляющихся циклическими симптомами. Введен для упорядочивания систематики, а также для разделения с феноменологически близким ПМДР. Разделяют основное (core) и варианты (variant) ПМП
Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР)	Premenstrual dysphoric disorder (PMDD)	Термин изначально обозначал тяжелую форму ПМС/ПМП с преобладанием аффективной симптоматики. Теперь означает фактически самостоятельное психическое расстройство
Предменструальное обострение	Premenstrual exacerbation (PME)	Термин, обозначающий обострения в лютеиновую фазу течения имеющегося у женщины хронического заболевания, является одним из вариантов ПМП

моздки ретроспективные диагностические опросники, созданные в 60-х и 70-х годах, стали уходить со сцены. Наступающая эра доказательной медицины требовала четких измеримых критериев.

В 2000 году появились критерии ACOG, в 2004 – ПМС вошел в МКБ-10, в 2007 появились критерии RCOG. Все они были совершеннее и точнее критериев прошлого века, но оставались гетерогенными. В 2011 году был создан Монреальский консенсус, определивший единые критерии диагностики. Термин предменструальный синдром фактически стал зонтичным термином, включающим в себя несколько видов предменструальных расстройств. Критерии диагностики относятся именно к отдельным расстройствам, а не к синдрому в целом. Схожим образом термин сахарный диабет включает в себя несколько различных по этиологии и течению заболеваний.

Также на основе Монреальского консенсуса ПМДР вошло в основной блок DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). В 2019 году ПМДР как гинекологический диагноз вошел в МКБ-11 (Международная классификация болезней). Фактически ПМДР из просто тяжелой формы предменструального расстройства превратилось в отдельное заболевание с собственным набором критериев диагностики.

К сожалению, пока рано праздновать разгадку тайн предменструального напряжения. Этиология этой группы расстройств изучена плохо, патогенез достоверно не известен. Общепринятые представления о ПМС опираются порой на устаревшие научные результаты и представления. Исследования, опубликованные до 2011 года, крайне гетерогенны по дизайну, качеству и применяемым критериям. Лабораторных методов диагностики предменструальных расстройств нет и не предвидится. Наконец, критерии диагностики ПМП и ПМДР, особенно в DSM, становятся более инклюзивными. С одной стороны, это повышает доступность помощи для страдающих женщин. С другой стороны, в этом есть риск медикализации проблемы, а также утраты значимости заболевания. Ведь если ПМС будет диагностирован «у всех», то можно ли будет его вообще считать заболеванием? В этой реальности врачебному сообществу предстоит оказывать помощь женщинам с циклическими симптомами ближайшие годы, возможно десятилетия.

Развитие представлений об этиологии ПМС

Этиология ПМС в значительной степени остается загадкой. Еще в прошлом веке было очевидно, что ПМС связан с овуляцией, но природа и механизмы этой связи изучены недостаточно. Обзор устаревших представлений об этиологии выходит за рамки настоящего обзора, поэтому перечислим основные новинки в этой сфере. Это роль нейромедиаторов и нейровоспаления.

Предменструальные симптомы – это аномальная реакция женщины на ее собственный менструальный цикл. Но какие именно системы стоят за широкой палитрой неспецифических симптомов? Судя по последним научным данным, речь идет об аномальной реакции систем нейромедиаторов в головном мозгу. Основные кандидаты: гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), серотонин, а также акторы опиоидергической и адренергической системы [1]. ГАМК – ведущий тормозной нейромедиатор мозга, который также играет роль в иммунной системе. Агонисты ГАМК attenuируют влияние воспаления, а ингибирование этой системы усиливает провоспалительные эффекты [2, 3].

В лютеиновую фазу происходит повышение системного уровня прогестерона и его метаболита аллопрегнанола (ALLO). Исследования на животных показали, что длительная экспозиция прогестероном с последующей отменой связана с повышением тревожного поведения [4–6]. Нейровоспаление может усиливать чувствительность женщин к колебаниям прогестерона и его метаболитов, тем самым вызывая и симптомы в лютеиновую фазу. Эффективность комбинированной оральной контрацепции, которая подавляет овуляцию и оказывает дополнительное прогестагенное действие на ЦНС, подтверждает эту гипотезу. Таким образом, женщины с ПМП страдают от проявлений хронического и обостряющегося в лютеиновую фазу нейровоспаления (Nappi et al., 2022). Иными словами, ПМС существует у женщины постоянно, но манифестирует в ответ на колебания прогестерона. Это дополнительно подчеркивает ценность проспективного наблюдения для более глубокого понимания происходящего. Одновременно это позволяет дополнительно обосновать этиологически и патогенетически применение комбинированной оральной контрацепции с дроспиреноном как средством первой линии.

Проблемы проспективного обследования

Монреальский консенсус указывает, что диагноз ПМР может быть выставлен только на основании проспективного наблюдения в течение двух месяцев. Это не каприз, поскольку еще в XX веке стало ясно, что ретроспективные опросники значительно искажают реальную картину симптомов. Поэтому для более точного проспективного наблюдения создан опросник Daily Record of Severity of Problems (DRSP) [7].

Получив бланк опросника на руки, женщина должна самостоятельно ежедневно его заполнять. Через два месяца на повторном приеме врач анализирует полученные данные и только тогда может поставить диагноз. Смысл такого подхода – сократить необоснованные назначения, повысить точность диагностики и стандартизировать ее, чтобы лучше оценивать эффективность лечения. К сожалению, в реальной практике, в частности в Российской Федерации, такой подход сталкивается с препятствиями.

Основная проблема проспективной диагностики состоит в мотивации и приверженности женщины к этой процедуре. Обратившись к врачу за помощью, женщина надеется с его помощью понять, что с ней происходит и по возможности скоро получить помощь. В случае же если врач подозревает у женщины ПМР, она получает на руки бланк опросника и рекомендацию прийти повторно через два месяца. Если женщина не понимает, почему врач поступил именно так, она может решить обратиться к другому врачу, или заполнить опросник по памяти уже перед повторным визитом, или просто решить, что ее проблема не заслуживает пристального внимания. Таким образом, правильную диагностическую процедуру проходят только наиболее дисциплинированные пациенты. Вторая проблема заключается в отсутствии стандартизированного бланка DRSP на русском языке. Врачу требуется самостоятельно отыскать опросник в работах отечественных авторов, самостоятельно сверстать и подготовить его к печати и затем выдавать пациентам и проводить детальный, затратный по времени инструктаж. На практике это приводит к тому, что врач просто не использует проспективное наблюдение в диагностике.

Итак, проспективное наблюдение одновременно и трудно, и необходимо для постановки диагноза. Но всегда ли этот диагноз необходим? Объективная необходимость возникает в двух случаях: когда нужно провести дифференциальную диагностику и когда нужно обосновать

назначение рецептурного препарата. Чаще всего задача врача состоит в том, чтобы увидеть характерные признаки ПМР и учесть их при назначении терапии по поводу жалоб, с которыми женщина обратилась. Далее мы рассмотрим логику и последовательность сбора анамнеза при ПМР.

Диагностика

Монреальский консенсус определил, что в случае с ПМР врач имеет дело с крупным клиническим синдромом, который включает в себя несколько разных видов расстройств (табл. 2) (O'Brien et al., 2011). Поэтому задача врача – увидеть расстройство, распознать его по характерным признакам и подобрать соответствующее лечение. Для этого данные анамнеза и наблюдения группируются в четыре признака: циклические симптомы, симптомы в лютеиновую фазу, симптомы в фолликулярную фазу и наличие нарушения повседневного функционирования и работоспособности.

Диагностически значимые признаки

Циклическость симптомов – ключевой фактор, отличительная черта предменструальных расстройств. Подразумевается, что в рамках менструального цикла симптомы достаточно предсказуемо появляются и уходят. Отметим, что для самой женщины это может быть неочевидно. Вопрос врача «Есть ли у вас циклические симптомы?» не будет понят. Поэтому следует задавать вопросы, помогающие найти отличия в состоянии женщины в разные дни цикла: «Есть ли разница в том, как вы себя чувствуете перед менструацией и во время менструации? В первую половину цикла и во вторую половину цикла?». Если у женщины нет циклических симптомов, то направление поиска следует изменить.

Симптомы в лютеиновую фазу также являются общей чертой всех предменструальных расстройств. Они могут длиться как несколько дней, так и захватывать весь период от овуляции до менструации. Симптомы эти чрезвычайно разнообразны (табл. 3). Обязательно нужно узнать, принимает ли женщина прогестагены, поскольку они могут индуцировать симптомы даже при отсутствии менструаций.

Симптомы предменструального расстройства неспецифичны. Некоторые из них встречаются значительно чаще, например, болезненность и нагрубание молочных желез. Однако в целом *любой циклический симптом* может быть признаком предменструального расстройства.

Таблица 2
Разновидности предменструальных расстройств

	Циклические симптомы	Симптомы в лютеиновую фазу	Симптомы в фолликулярную фазу	Нарушение
Физиологические предменструальные симптомы	Есть	Есть	Нет	Нет
Основное предменструальное расстройство	Есть	Есть	Нет	Есть
Предменструальное обострение	Есть	Есть	Есть, но выражены значительно слабее	Есть
Предменструальное расстройство без менструации	Есть	Есть	Нет	Есть
Прогестаген-индуцированное предменструальное расстройство	Есть	Есть во время лечения гестагенами	Нет в интервале без прогестагенов	Есть
Иной диагноз	Нет	Есть	Есть	Есть

Симптомы могут быть преимущественно соматическими, преимущественно психологическими/поведенческими или смешанными.

Симптомы в фолликулярную фазу при большинстве предменструальных расстройств отсутствуют. У женщины должна быть как минимум одна неделя без симптомов в каждом цикле. Как правило, она приходится на первые дни нового цикла. Собирая анамнез по этому вопросу, следует учитывать два фактора. Во-первых, у многих женщин с началом менструации уходит симптоматика ПМР, но приходит симптоматика дисменореи. В результате такие женщины считают, что этот комплекс симптомов является единым целым. Поэтому следует особенно тщательно уяснить себе разницу в состоянии пациентки до и после начала менструации. Симптомы, ей предшествующие, то есть симптомы лютеиновой фазы, должны уходить, пусть даже на их место приходят похожие симптомы другой этиологии. Следует также помнить о предменструальной экзацербации, когда реакции женщины на цикл усиливает иное имеющееся у нее расстройство.

Наличие у женщины *нарушений* оценивается по влиянию симптомов на ее повседневное функционирование, работоспособность, возможность заниматься желанными и любимыми делами. Косвенным признаком значимости нарушений можно считать реакцию на симптомы со стороны окружающих – когда близкие замечают, что состояние женщины меняется. Следует также уточнить, были/есть ли похожие симптомы у матери и бабушки пациентки. Когда предменструальные симптомы встречаются у нескольких женщин в семье, они часто воспринимают их как норму, а связанное нарушение функционирования – как неизбежную часть женского опыта. Выраженность нарушений можно также оценивать с помощью дневника наблюдений за симптомами, но четкие пороговые значения установлены только для ПМДР.

Разновидности предменструальных расстройств

При *физиологических предменструальных симптомах* есть цикличность симптомов, явление их в лютеиновую фазу и угасание в фолликулярную. Однако эти симптомы не нарушают качества жизни женщины и, в сущности, ее не беспокоят. Чтобы понять, есть ли, собственно, нарушения, клиницисту приходится полагаться на собранный анамнез и, при наличии, на результаты проспективного наблюдения за симптомами. Веский довод в пользу значимости нарушений – обращение женщины к врачу по поводу этих симптомов или наличие попыток как-то их облегчить в анамнезе.

Основное предменструальное расстройство (core premenstrual disorder) отвечает основным критериям: симптомы цикличны, возникают и нарушают функционирование в лютеиновую фазу, с началом менструации проходят и как минимум неделю не беспокоят женщину.

Предменструальное обострение протекает почти так же, как основное предменструальное расстройство, но с приходом менструации облегчение оказывается неполным. В этом случае патогенетические факторы усиливают проявление уже существующего у женщины соматиче-

Таблица 3

Распространенные симптомы предменструального расстройства, возникающие в лютеиновую фазу

Соматические симптомы	Психологические и поведенческие симптомы
Боль в мышцах	Повышенный аппетит, переедание
Боль в суставах	Усталость, нехватка энергии
Боль в спине и пояснице	Чувствительность и колебания настроения
Нагрубание молочных желез	Раздражительность
Болезненность молочных желез	Нарушения сна
Проблемы с кожей	Беспокойство, сниженная концентрация
Прибавка в весе	Избегание социальных контактов
Вздутие	Растерянность
Отеки лица	Беспомощность, безнадежность
Отеки конечностей	Тревожность

Таблица 4

Сбор анамнеза при предменструальных расстройствах

Анамнез менструаций: частота, регулярность, длительность, объем кровотечения, боль, анамнез нарушений ритма, дата последней менструации
Анамнез предменструальных симптомов: какие симптомы, когда возникают, когда проходят, как давно возникли, есть ли неделя без симптомов. У кого еще в семье были или есть циклические симптомы?
Нарушения: как симптомы влияют на работу, учебу, увлечения и хобби, социальную активность, общение с партнером, общение с друзьями и коллегами по работе. Каков уровень причиненного беспокойства?
Есть ли у женщины соматическое или психическое расстройство, которое протекает тяжелее в лютеиновую фазу? Становится ли ей легче в фолликулярную фазу?
Получает ли женщина гормональную терапию прогестагенами? По какому поводу? В циклическом или в постоянном режиме? Как начало приема повлияло на симптомы?
Если циклическая симптоматика возникает в отсутствие менструаций, в чем причина их отсутствия.
Репродуктивный анамнез: количество беременностей и родов. Какие у женщины репродуктивные планы, есть ли потребность в контрацепции, какие методы использует сейчас, насколько удовлетворена?
Есть ли у женщины другие гинекологические симптомы и заболевания: обильное менструальное кровотечение, диспареуния, воспалительные заболевания, пролиферативные заболевания?
Какие методы лечения использовала раньше? С каким эффектом – помогло или нет? Получает ли постоянно какую-либо терапию? Какие методы лечения считает приемлемыми, какие нет (психофармакотерапия, гормональная терапия, хирургическое лечение, альтернативные методы лечения)?

ского или психического расстройства. Типично усугубление течения таких заболеваний, как сахарный диабет, мигрень, эпилепсия, астма, депрессивное расстройство. Здесь особенно важно тщательно собрать анамнез, чтобы хронологически разделить два процесса. Также можно оценить вклад хронического заболевания в симптоматику по его течению после подавления овуляции.

Предменструальное расстройство без менструации имеет те же признаки, что основное предменструальное расстройство. Менструация отсутствует по ятрогенным причинам: гистерэктомия с сохранением яичников, абляция эндометрия и т. д. Ввиду отсутствия менструации разница в состоянии женщины в конце лютеиновой и в начале фолликулярной фазы бывает даже более очевидна.

Прогестаген-индуцированное предменструальное расстройство возникает без овуляции в ответ на терапевтическое применение прогестагенов в циклическом режиме (комбинированная оральная контрацепция, менопаузальная гормональная терапия). Если реакция возникает на прогестагены в постоянном режиме, такое расстройство нельзя признать циклическим.

Иной диагноз следует заподозрить, если симптомы женщины не циклически. Чаще всего дифференциальную диагностику ПМР и ПМДР приходится вести с психическими расстройствами.

Подходы к коррекции предменструальных расстройств

Столкнувшись с признаками ПМР, врач должен сформулировать ответы на несколько ключевых вопросов, от которых и будет зависеть дальнейшая тактика. Разберем их, чтобы показать логику дальнейших действий.

Вопрос 1. Следует ли дать рекомендации без подтвержденного диагноза ПМР, или отложить лечение на два месяца, чтобы провести проспективное наблюдение?

Откладывая рекомендации по коррекции беспокоящих женщину симптомов, врач рискует тем, что она просто больше не обратится за помощью. Поэтому следует четко понимать, с какой целью рекомендуется проспективное наблюдение. Это может быть дифференциальная диагностика между видами предменструальных расстройств или между ПМР и другими нозологиями. Проспективное наблюдение будет особенно ценно для женщин, которые уже получали разную терапию без значимого эффекта, а также при подозрении на ПМДР. Иными словами, чем более запутанным представляется случай на этапе сбора анамнеза, тем более ценным будет дневник. Четких рекомендаций по этому вопросу нет и не предвидится, поскольку Монреальский консенсус предписывает проспективную оценку во всех случаях. Следует, однако, понимать, что документы такого рода решают в первую очередь исследовательские задачи. Поэтому врачу следует открыто объяснить женщине ситуацию и принять совместное решение о необходимости проспективного обследования.

Вопрос 2. Какие у женщины репродуктивные планы, нуждается ли она в контрацепции и приемлемо ли назначение КОК?

Если женщина репродуктивного возраста нуждается в контрацепции и сталкивается с циклическими симптомами, то ей можно предложить комплексное решение этих задач: оральную контрацепцию с дроспиреноном (КОК-ДРСП). Эти препараты обладают широким спектром действия, облегчая и психологические, и соматические симптомы. В Российской Федерации КОК с дроспиреноном представлены препаратами Мидиана© (этинилэстрадиол 30 мкг/дроспиренон 3 мг) и Димиа© (этинилэстрадиол 20 мкг/дроспиренон 3 мг) (Гедеон Рихтер, Венгрия).

КОК-ДРСП вышли на рынок в 2000 году. Дроспиренон относится к четвертому поколению прогестинов и явля-

ется его единственным представителем. Структурно он относится к группе спиролактонов, стероидов с антиминералокортикоидной (антиальдостеронной) активностью. При этом, в отличие от спиронолактона, у дроспиренона отсутствует одна группа в С7а положении, что, судя по всему, возвращает дроспиренону его прогестагенную активность [8].

Дроспиренон действует на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) подобно прогестерону. Главные функции этой системы – защита от потери натрия и регуляция артериального давления. Дроспиренон ограничивает активность альдостерона, не давая организму женщины накапливать избыток натрия и воды [9]. У женщин с ПМР это позволяет облегчить такие симптомы, как отечность и прибавка в весе в лютеиновую фазу. При этом КОК-ДРСП не влияет на артериальное давление, как у здоровых женщин, так и у женщин с гипертонзией [10–12].

Центральные эффекты дроспиренона изучены недостаточно. Судя по недавним исследованиям, дроспиренон индуцирует экспрессию $\alpha 4$ и δ -субъединиц рецепторного комплекса ГАМК [13]. Вероятно, этот механизм, а также упомянутое выше аттенуирование нейровоспаления позволяют облегчить психологические симптомы ПМР. По данным Кохрановского обзора 2012 года, женщины, принимавшие препараты с дроспиреноном, отметили более выраженный позитивный эффект на собственную продуктивность, социальную активность и отношения, то есть на сферы жизни, чаще всего страдающие при ПМР [14]. Преимущество дроспиренона над другими прогестинами также показано в рандомизированном открытом клиническом исследовании 2013 года. Женщин, страдающих от ПМС, рандомизировали в две группы: первая получала этинилэстрадиол 20 мкг и дроспиренон 3 мг (24/4), вторая получала этинилэстрадиол 20 мкг и дезогестрел 150 мкг (24/4). В группе дроспиренона значимый эффект получили в третьем цикле, в группе дезогестрела – в шестом. В целом оба метода ослабили проявления ПМС у женщин, но дроспиренон сработал быстрее и активнее [15]. По данным отечественных авторов, КОК-ДРСП также ограничивает влияние стрессовых реакций на здоровье женщины [16], отмечают благотворное влияние на качество жизни [17].

Заключение

Предменструальный синдром – собирательный термин, объединяющий несколько разных по патогенезу и степени тяжести лечения расстройств. При этом все они имеют общую этиологию: аномальную реакцию на циклические колебания половых гормонов, в первую очередь прогестерона. Комбинированная оральная контрацепция сглаживает эти колебания, делая их более предсказуемыми и более переносимыми для организма в целом. Из доступных на рынке молекул наиболее предпочтительным следует признать дроспиренон. Препараты на его основе, в том числе Мидиана© и Димиа©, обладают наиболее представительной доказательной базой для лечения различных предменструальных расстройств.



24 + 4
ДИМИА[®]

20 мкг этинилэстрадиола
3 мг дроспиренона

*Сгладить
гормональные
колебания*



ЛП-001179

ОПТИМАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

- Микродозированный контрацептив с дроспиреноном в режиме **24+4**
- Антиандрогенное и антиминералокортикоидное действие
- Менструальный цикл становится более регулярным



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

Инструкция по применению препарата Димиа[®]

Реклама

Методы	Обоснование
Первая линия	
Физические нагрузки	Неспецифический эффект за счет благотворного влияния на соматическое и психическое здоровье
Когнитивно-поведенческая терапия	Позволяет работать с убеждениями и поведением, чтобы повысить качество жизни и оптимизировать стратегии совладания
КОК с дроспиреноном	КОК-ДРСП (Мидиана®, Димиа®) эффективно подавляют симптомы ПМР, пролонгированный режим предпочтительнее. Наиболее безопасен фармакологический метод первой линии. Может быть использован при потребности женщины с циклическими симптомами в контрацепции без подтверждения ПМР в проспективном наблюдении
СИОЗС в низких дозах	Применяются в постоянном или в циклическом (с 15-го по 28-й д.ц.) режиме. Отмена при постоянном режиме проводится путем постепенного снижения дозировки в течение 3–4 недель, при циклическом режиме в любой день цикла. Врачу следует владеть принципами подбора психофармакотерапии, учитывать риски и предупреждать женщину о побочных эффектах, а также о возможной преходящей актуализации тревоги в первые дни приема. На этапе планирования беременности отменяются. Пример: эсциталопрам 10 мг/сут.
Вторая линия	
Эстрадиол + прогестерон	Трансдермальный эстрадиол с прогестагенами в циклическом режиме (прогестерон 10–12 дней) или ЛНГ-ВМС. ЛНГ-ВМС может вызывать ПМР-подобные эффекты в начале терапии
СИОЗС в более высоких дозах	Применяются в более высоких дозах по тем же принципам, что и на первой линии. Пример: эсциталопрам 20–40 мг/сут.
Третья линия	
Агонисты ГнРГ + add-back терапия	аГнРГ угнетают продукцию стероидов яичниками и эффективно купируют основное ПМР. Снижают плотность костной ткани, требуют ее мониторинга (DEXA). При применении дольше 6 месяцев требуют add-back терапии тиболоном или менопаузальной гормональной терапии
Четвертая линия	
Хирургическое лечение	При тяжелом и не поддающемся лечению течению ПМР/ПМДР допустимо проведение гистерэктомии с двусторонней оофорэктомией, дальнейшее назначение заместительной гормональной терапии

Список литературы / References

- Жилева Т. В. Предменструальные расстройства настроения: этиология, патогенез, диагностика и лечение. *Problemy Reproduktsii* 2015. Zhilyeva T. V. Premenstrual mood disorders: etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *Problemy Reproductions* 2015.
- Crowley T., Cryan J. F., Downer E. J., O'Leary O. F. Inhibiting Neuroinflammation: The Role and Therapeutic Potential of GABA in Neuro-Immune Interactions. *Brain Behav. Immun.* 2016, 54, 260–277.
- Wu C., Qin X., Du H., Li N., Ren W., Peng Y. The Immunological Function of GABAergic System. *Front. Biosci.* 2017, 22, 1162–1172.
- Ossewaarde L., Hermans E. J., van Wingen G. A., Kooijman S. C., Johansson I. M., Bäckström T., Fernández G. Neural Mechanisms Underlying Changes in Stress-Sensitivity across the Menstrual Cycle. *Psychoneuroendocrinology* 2010, 35, 47–55.
- Bäckström T., Haage D., Löfgren M., Johansson I. M., Strömberg J., Nyberg S., Andréen L., Ossewaarde L., van Wingen G. A., Turkmen S. et al. Paradoxical Effects of GABA-A Modulators May Explain Sex Steroid Induced Negative Mood Symptoms in Some Persons. *Neuroscience* 2011, 191, 46–54.
- Bannister E. There Is Increasing Evidence to Suggest That Brain Inflammation Could Play a Key Role in the Aetiology of Psychiatric Illness. Could Inflammation Be a Cause of the Premenstrual Syndromes PMS and PMDD? *Post Reprod Health* 2019, 25, 157–161.
- Endicott J., Nee J., Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): Reliability and Validity. *Arch. Womens. Ment. Health* 2006, 9, 41–49.
- Nakajima S. T., Brumsted J. R., Riddick D. H., Gibson M. Absence of Progestational Activity of Oral Spironolactone. *Fertil. Steril.* 1989, 52, 155–158.
- Genazzani A. R., Mannella P., Simoncini T. Drospirenone and Its Antialdosterone Properties. *Climacteric* 2007, 10 Suppl 1, 11–18.
- de Nadai M. N., Nobre F., Ferriani R. A., Vieira C. S. Effects of Two Contraceptives Containing Drospirenone on Blood Pressure in Normotensive Women: A Randomized-Controlled Trial. *Blood Press. Monit.* 2015, 20, 310–315.
- Cagnacci A., Ferrari S., Napolitano A., Piacenti I., Arangino S., Volpe A. Combined Oral Contraceptive Containing Drospirenone Does Not Modify 24-H Ambulatory Blood Pressure but Increases Heart Rate in Healthy Young Women: Prospective Study. *Contraception* 2013, 88, 413–417.
- de Moraes T. L., Giribela C., Nisenbaum M. G., Guerra G., Mello N., Baracat E., Consolim-Colombo F. M. Effects of a Contraceptive Containing Drospirenone and Ethinylestradiol on Blood Pressure, Metabolic Profile and Neurohumoral Axis in Hypertensive Women at Reproductive Age. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2014, 182, 113–117.
- El Amki M., Binder N., Steffen R., Schneider H., Luft A. R., Weller M., Imthurn B., Merki-Feld G. S., Wegener S. Contraceptive Drugs Mitigate Experimental Stroke-Induced Brain Injury. *Cardiovasc. Res.* 2019, 115, 637–646.
- Lopez L. M., Kaptein A. A., Helmerhorst F. M. Oral Contraceptives Containing Drospirenone for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012, CD006586.
- Wichianpitaya J., Taneepanichskul S. A Comparative Efficacy of Low-Dose Combined Oral Contraceptives Containing Desogestrel and Drospirenone in Premenstrual Symptoms. *Obstet. Gynecol. Int.* 2013, 2013, 487143.
- Хаджиева Н. Х., Кузнецова И. В. Возможности КОК-ДРСП у женщин со стресс-зависимыми нарушениями менструального цикла. *Медицинский алфавит.* 2021, 26, 23–27. Khadzhieva N. Kh., Kuznetsova I. V. Possibilities of COC-DRSP in women with stress-related menstrual disorders. *Medical alphabet.* 2021, 26, 23–27.
- Тихомиров А. А. Комплаентность КОК: доступное повышение качества жизни. *Гинекология.* Tikhomirov A. A. Compliance with COC: an affordable improvement in the quality of life. *Gynecology.*

Статья поступила / Received 26.08
Получена после рецензирования / Revised 05.09
Принята в печать / Accepted 05.09

Сведения об авторе

Бурчаков Денис Игоревич, к.м.н., врач-эндокринолог, доцент кафедры эндокринологии. ORCID: 0000-0001-9081-9041

НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа», Москва

Для переписки: Бурчаков Денис Игоревич. E-mail: dr.denis.burchakov@gmail.com.

Для цитирования: Бурчаков Д. И. Предменструальный синдром и предменструальные расстройства: принципы диагностики и коррекции. *Медицинский алфавит.* 2022; (24): 20–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-24-20-26>.

About author

Burchakov Denis I., PhD Med, endocrinologist, associate professor at Dept of Endocrinology. E-mail: dr.denis.burchakov@gmail.com. ORCID: 0000-0001-9081-9041

Non-state educational private institution of additional professional education 'Higher Medical School', Moscow, Russia

For correspondence: Burchakov Denis I. E-mail: dr.denis.burchakov@gmail.com.

For citation: Burchakov D. I. Premenstrual syndrome and premenstrual disorders: principles of diagnosis and correction. *Medical alphabet.* 2022; (24): 20–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-24-20-26>.

