

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ. ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділенням ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України»
ORCID: 0000-0002-5498-4143

Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

д. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України»
ORCID: 0000-0003-2934-3157

І.П. МАНОЛЯК

мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України»

Контакти:

Захаренко Наталія Феофанівна
ДУ «ІПАГ НАМН України»,
відділення ендокринної гінекології
04050, Київ, П. Майбороди, 8
тел.: +38 (044) 483 80 87;
+38 (044) 272 10 72
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Вивчення особливостей розвитку та патогенетичних аспектів перебігу передменструального синдрому (ПМС), а також розробка можливих стратегій його корекції набуває все більшої актуальності в умовах сьогодення. Такий стан речей обумовлений значною поширеністю синдрому серед жінок молодого та середнього віку, показник якої може варіювати в межах 25–75%, а за даними деяких авторів, навіть досягати значення 95% [1]. Разом із цим, сучасний темп життя ставить перед жінкою все більше завдань, тоді як клінічні прояви ПМС можуть стати причиною зниженої соціальної активності, розвитку сімейної та інтимної дезадаптації, а також значущого щомісячного зниження працездатності [2, 3].

Чіткі патогенетичні механізми передменструальних розладів ще до кінця не встановлені, проте більшість фахівців дотримується думки про значущість у їхньому розвитку гіперестрогенії та недостатності секреції прогестерону в лютеїнову фазу циклу із подальшим каскадом гормонально-метаболічних реакцій та розвитком усього симптомокомплексу ПМС. Існують дані, що естрогени та прогестерон характеризуються здатністю протилежно впливати на функцію нейронних мембран та синаптогенез, опосередковано регулюючи збудливість нейронів в центрах регуляції репродуктивної функції та лімбічній системі [4, 5]. Естрогени можуть акумулюватись в лімбічній системі мозку та приводити до розвитку психоневрологічної симптоматики ПМС. З іншого боку, встановлено, що високий вміст прогестерону в другій фазі менструального циклу (МЦ) асоціюється зі зниженням агресивності, роздратованості та втоми [6], що може бути наслідком антагоністичної дії його метаболітів аллопрегнанолону та прегнанолону до рецепторів γ -аміномасляної кислоти (ГАМК).

Ще однією ланкою в розвитку ПМС є надмірна активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) із появою набрякового та больового синдромів. Відомою є здатність гормонів естрогенового ряду посилювати синтез ангіотензиногену в печінці з подальшим зростанням рівня реніну та альдостерону в сироватці крові. До того ж, надлишок естрогенів здатний прямо індукувати затримку натрію та рідини в міжклітинному просторі із появою набрякового синдрому, болючості молочних залоз та головного болю [7]. На протилеж-

ність цьому, прогестерон володіє натрій-діуретичними властивостями, що забезпечується як пригніченням клітинної фільтрації, так і прямою конкуренцією з альдостероном за мінералокортикоїдні рецептори [8, 10]. Тож недостатність прогестерону може спричиняти затримку рідини та посилення вираженості клінічних проявів ПМС [9].

Зважаючи на значущість відносної гіперестрогенії в розвитку та прогресуванні ПМС, особливо на тлі ендометріозу та гіперплазії ендометрія, застосування відповідних препаратів є патогенетично обґрунтованим та потенційно ефективним підходом [11]. Тому метою нашого дослідження стало вивчення ефективності використання мікронізованого прогестерону в лікуванні ПМС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення поставленої мети ми дослідили 68 жінок репродуктивного віку від 18 до 40 років (середній вік $31,2 \pm 5,3$ роки) з ПМС легкого та середнього ступеня вираженості. Досліджувані жінки були розподілені методом рандомізації на дві групи: групу лікування (ГЛ, $n = 35$) та групу контролю (ГК, $n = 33$), які були порівнянні за віком та формами ПМС. Перед обстеженням та лікуванням всі жінки підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Для полегшення стану пацієнткам обох груп були рекомендовані немедикаментозні заходи: оптимізація режиму праці та відпочинку, збалансоване харчування, активний спосіб життя з помірними фізичними навантаженнями.

Пацієнтки ГЛ отримували терапію препаратом Прогіноорм ОВО по 200 мг на день від 16 до 25 дня МЦ протягом трьох циклів. Препарат Прогіноорм ОВО був вибраний з урахуванням його властивостей, які подібні до властивостей природного ендогенного прогестерону за наявності гестагенного, антиестрогенного та легкого антиандрогенного й альдостеронового впливу.

Пацієнтки ГК не отримували медикаментозних засобів лікування.

Для моніторингу ефективності призначеної терапії проводилась суб'єктивна та об'єктивна оцінка динаміки клінічних симптомів за допомогою менструального дистрес-опитувальника Р. Муса. Оцінка здійснювалась через 1 і 3 місяці від початку лікування, а також через місяць та 3 місяці після його закінчення (див. табл. 1, 2).

Отримані результати опрацьовувались статистично із застосуванням пакету Microsoft Excel шляхом обчислення середнього арифметичного (M) та його похибки (m). Достовірність різниці показників визначали з допомогою критерію достовірності (p), розрахованого на основі t-критерію Ст'юдента. Різницю показників на різних термінах дослідження вважали достовірними при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для характеристики клінічного перебігу та вираженості проявів ПМС нами було проведено аналіз результатів анкетування жінок згідно з усіма шкалами менструального дистрес-опитувальника Р. Муса. Опитування проводилось на 25 день МЦ протягом 3 місяців лікування та 3 місяців подальшого спостереження після припинення терапії.

Згідно з результатами анкетування, клінічні прояви ПМС перед початком лікування були зіставними в обох групах. Так, досліджувані жінки обох груп скаржились на наявність болю, відчуття м'язової напруги та втоми (за шкалою больових відчуттів – $5,22 \pm 0,31$ та $5,41 \pm 0,27$ балів у ГЛ і ГК відповідно, $p > 0,05$), масталгію, пастозність та збільшення маси тіла (за шкалою затримки рідини $5,62 \pm 0,30$ та $5,55 \pm 0,33$ балів відповідно, $p > 0,05$), прояви нудоти та запаморочення (за шкалою вегетативних реакцій $3,39 \pm 0,24$ та $3,77 \pm 0,29$ балів відповідно, $p > 0,05$). Разом із цим, пацієнтки обох груп відмічали наявність часткої зміни настрою, відчуття тривоги, напруженості та дратівливості (за шкалою негативної афектації $5,47 \pm 0,30$ та $5,21 \pm 0,22$ балів відповідно у ГЛ та ГК, $p > 0,05$), збудження та незвичну активність (за шкалою дієздатності $2,54 \pm 0,27$ та $2,24 \pm 0,18$ балів відповідно, $p > 0,05$), плаксивість та відчуття оніміння в кінцівках (за шкалою контролю $1,63 \pm 0,09$ та $1,46 \pm 0,07$ балів відповідно, $p > 0,05$), а також загальмованість, погану концентрацію, забудькуватість (за шкалою порушення концентрації $3,43 \pm 0,15$ та $3,58 \pm 0,21$ балів відповідно, $p > 0,05$), що в результаті поєднувалось зі зниженням активності на роботі, сонливостю та втратою працездатності (за шкалою змін в поведінці $4,11 \pm 0,25$ та $4,23 \pm 0,21$ балів відповідно, $p > 0,05$).

Інтегральний показник до початку лікування становив $32,4 \pm 4,1$ бали в ГЛ та $32,5 \pm 3,9$ балів в ГК.

У пацієнток ГЛ спостерігалось значне зменшення проявів больового синдрому вже наприкінці першого місяця лікування, що виявлялось у зниженні суми балів відповідної шкали опитувальника на 47% (з $5,22 \pm 0,31$ до $2,98 \pm 0,23$ балів, $p < 0,001$) та на 50,6% (з $5,22 \pm 0,31$ до $2,58 \pm 0,13$ балів, $p < 0,001$) через 3 місяці лікування. Згідно з результатами анкетування, більшість пацієнток ГЛ відзначали стабілізацію поведінкових реакцій, що підтверджувалось при статистичному опрацюванні результатів зниженням на 40% та 43% еквіваленту в балах з $5,11 \pm 0,25$ до $3,07 \pm 0,18$ балів ($p < 0,001$) та з $5,11 \pm 0,25$ до $2,94 \pm 0,15$ балів ($p < 0,001$) через місяць та 3 місяці лікування відповідно. Одночасно пацієнтки відзначали зменшення набрякових проявів та затримки рідини на 40,4% (з $5,62 \pm 0,30$ до $3,35 \pm 0,18$, $p < 0,001$) через місяць та на 44% (з $5,62 \pm 0,30$ до $3,15 \pm 0,21$, $p < 0,001$) через 3 місяці лікування (рис. 1–3).

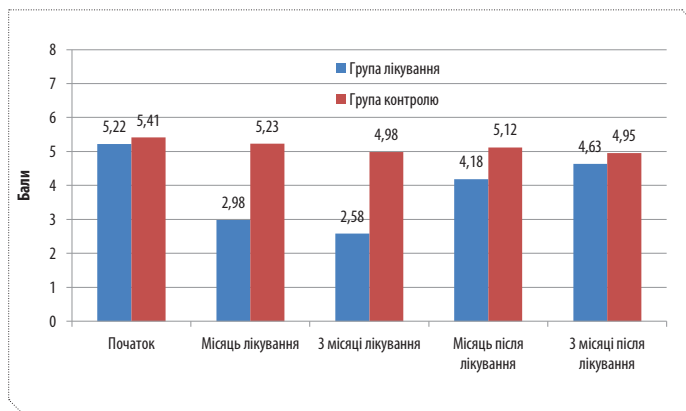


Рисунок 1. Динаміка інтенсивності больових проявів у досліджуваних групах

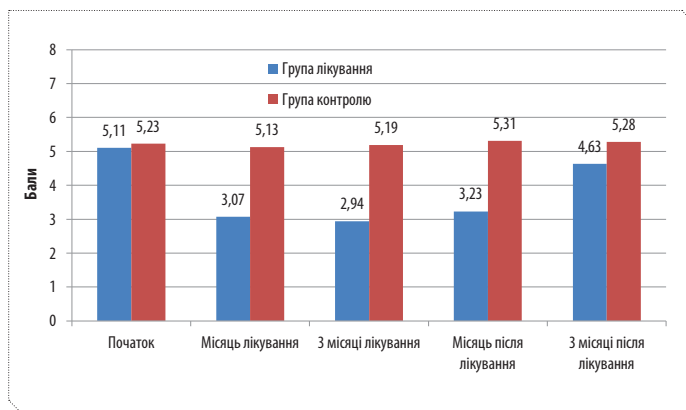


Рисунок 2. Динаміка зміни поведінки в досліджуваних групах

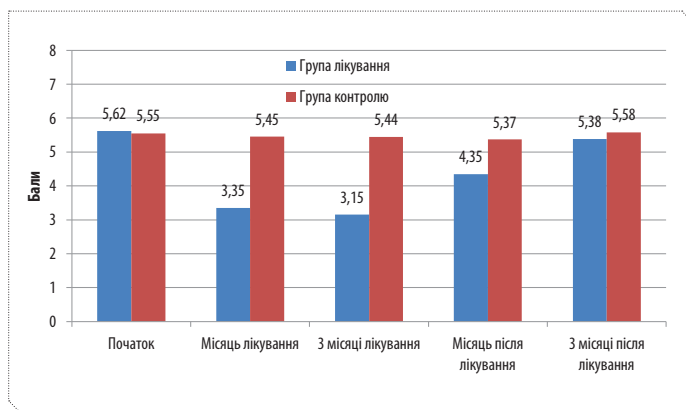


Рисунок 3. Динаміка змін симптоматики, пов'язаної із затримкою рідини

Проте після завершення періоду лікування нами спостерігалось поступове відновлення симптоматики під час періоду спостереження: больового синдрому – до 80,1% від початкового рівня через місяць (з $2,58 \pm 0,13$ до $4,18 \pm 0,26$, $p < 0,001$) та до 88,7% (з $2,58 \pm 0,13$ до $4,63 \pm 0,21$, $p < 0,001$) через 3 місяці; змін поведінки – до 63,2% від початкового рівня через місяць (з $2,94 \pm 0,15$ до $3,23 \pm 0,19$, $p < 0,001$) та до 90,6% (з $2,94 \pm 0,15$ до $4,63 \pm 0,34$, $p < 0,001$) через 3 місяці; затримки рідини – до 77,4% від початкового рівня через місяць (з $3,15 \pm 0,21$ до $4,35 \pm 0,28$, $p < 0,001$) та до 95,7% (з $3,15 \pm 0,21$ до $5,38 \pm 0,32$, $p < 0,001$) через 3 місяці.

Щодо концентрації уваги, вегетативних проявів, негативної афектації, контролю поведінки та дієздатності пацієнток статистично значущих змін не спостерігалось як за

період лікування, так і за весь період спостереження при наявності тенденції до покращення протягом терміну лікування (табл. 1, 2).

Результати підрахунку інтегрального показника в ГЛ та ГК протягом періоду лікування та спостереження в динаміці показують покращення самопочуття пацієнток на тлі проведеного лікування (рис. 4).

Відсутність динаміки в ГК нами була трактована як результат неспроможності пацієнток самостійно оптимізувати свій режим праці та відпочинку, налагодити повноцінне та збалансоване харчування. Це підтверджувалось і даними ГЛ, де більшість пацієнток також не дотримувались наданих їм рекомендацій.

ВИСНОВКИ

1. Застосування мікронізованого прогестерону, зокрема препарату Прогіноорм ОВО, є доцільним та ефективним у лікуванні основних проявів ПМС, особливо стосовно больових проявів, змін поведінки та симптомів затримки рідини в організмі.

2. Термін лікування проявів ПМС доцільно продовжувати до 6 місяців, профілакуючи швидке відновлення симптоматики після припинення курсу терапії.

3. Рекомендації щодо здорового способу життя з метою корекції проявів ПМС є недостатньо ефективними в умовах відсутності контролю їх виконання.

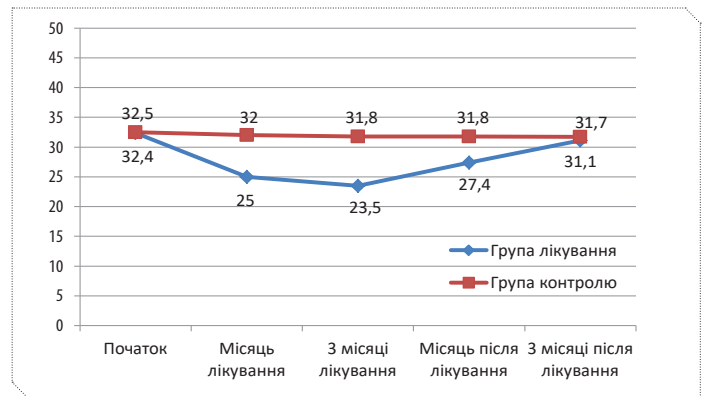


Рисунок 4. Динаміка інтегрального показника в пацієнток досліджуваних груп

Таблиця 1. Оцінка компонентів шкали Р. Муса в хворих ГЛ з ПМС на 25 день МЦ, бали

Компонент	Термін лікування	До лікування	Через місяць лікування	Через 3 місяці лікування	Через місяць після лікування	Через 3 місяці після лікування
Інтенсивність больових проявів		5,22 ± 0,31	2,98 ± 0,23 p < 0,001	2,58 ± 0,13 p < 0,001	4,18 ± 0,26 p < 0,01	4,63 ± 0,21 p > 0,05
Зміни концентрації		3,43 ± 0,15	3,21 ± 0,19 p > 0,05	3,14 ± 0,17 p > 0,05	3,33 ± 0,09 p > 0,05	3,37 ± 0,12 p > 0,05
Зміни поведінки		5,11 ± 0,25	3,07 ± 0,18 p < 0,001	2,94 ± 0,15 p < 0,001	3,23 ± 0,19 p < 0,001	4,63 ± 0,34 p > 0,05
Вегетативні реакції		3,39 ± 0,24	3,14 ± 0,23 p > 0,05	2,86 ± 0,24 p > 0,05	3,30 ± 0,10 p > 0,05	3,34 ± 0,18 p > 0,05
Затримка рідини		5,62 ± 0,30	3,35 ± 0,18 p < 0,001	3,15 ± 0,21 p < 0,001	4,35 ± 0,28 p < 0,001	5,38 ± 0,32 p < 0,01
Негативна афектація		5,47 ± 0,30	5,38 ± 0,35 p > 0,05	5,11 ± 0,32 p > 0,05	5,51 ± 0,32 p > 0,05	5,58 ± 0,41 p > 0,05
Дієздатність		2,54 ± 0,27	2,32 ± 0,15 p > 0,05	2,06 ± 0,14 p < 0,05	2,09 ± 0,17 p < 0,05	2,69 ± 0,35 p > 0,05
Порушення контролю		1,63 ± 0,09	1,54 ± 0,12 p > 0,05	1,37 ± 0,11 p < 0,05	1,42 ± 0,14 p > 0,05	1,52 ± 0,12 p > 0,05
Інтегральний показник		32,4 ± 4,1	25 ± 3,3 p > 0,05	23,5 ± 2,9 p < 0,05	27,4 ± 3,6 p < 0,05	31,1 ± 3,7 p > 0,05

Таблиця 2. Оцінка компонентів шкали Р. Муса в хворих ГК з ПМС на 25 день МЦ, бали

Компонент	Термін лікування	До лікування	Через місяць лікування	Через 3 місяці лікування	Через місяць після лікування	Через 3 місяці після лікування
Інтенсивність больових проявів		5,41 ± 0,27	5,23 ± 0,33	4,98 ± 0,24	5,12 ± 0,36	4,95 ± 0,34
Зміни концентрації		3,58 ± 0,21	3,45 ± 0,17	3,44 ± 0,14	3,37 ± 0,18	3,41 ± 0,22
Зміни поведінки		5,23 ± 0,21	5,13 ± 0,24	5,19 ± 0,33	5,31 ± 0,32	5,28 ± 0,36
Вегетативні реакції		3,84 ± 0,32	3,77 ± 0,29	3,76 ± 0,29	3,60 ± 0,30	3,54 ± 0,25
Затримка рідини		5,55 ± 0,33	5,45 ± 0,23	5,44 ± 0,29	5,37 ± 0,30	5,58 ± 0,35
Негативна афектація		5,21 ± 0,22	5,24 ± 0,34	5,31 ± 0,35	5,35 ± 0,27	5,27 ± 0,31
Дієздатність		2,24 ± 0,18	2,27 ± 0,17	2,26 ± 0,13	2,29 ± 0,22	2,19 ± 0,15
Порушення контролю		1,46 ± 0,07	1,44 ± 0,11	1,39 ± 0,10	1,43 ± 0,12	1,49 ± 0,11
Інтегральний показник		32,5 ± 3,9	32 ± 3,3	31,8 ± 3,5	31,8 ± 3,1	31,7 ± 3,4

Два шляхи — два вірних рішення!

Європейський мікронізований прогестерон

MADE
IN EU



Прогинорм ГЕСТА

Вагінально!

Прогинорм ОВО

Перорально!

ПРОГИНОРМ ОВО (PROGINORM OVO). **Склад.** Діюча речовина: progesterone; 1 капсула м'яка містить прогестерону 100 мг або 200 мг. **Показання.** Гінекологічні. Порушення, пов'язані з дефіцитом прогестерону, а саме: передменструальний синдром, порушення менструального циклу (дисовуляція, ановуляція), фіброзно-кістозна мастопатія, передклімактеричний період. Замісна гормонотерапія у менопаузі (у поєднанні з естрогенною терапією). Безплідність при лютеїновій недостатності. Акушерські. Профілактика звичного викидня або загрози викидня на фоні лютеїнової недостатності. Загроза передчасних пологів. **Проти-показання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Тяжкі порушення функцій печінки. Підозрювана або підтверджена неоплазія грудей або статевих органів. Недіагностовані вагінальні кровотечі. Невдалий або неповний аборт. Тромбофлебіт. Тромбоемболічні порушення. Крововилив у мозок. Порфірія. Прогинорм ОВО відпускається тільки за рецептом лікаря. Реєстраційні посвідчення: UA/15255/01/01, UA/15255/01/02. Термін дії посвідчення: з 21.06.2016 по 21.06.2021. Наказ МОЗ №478 від 28.04.2017

ПРОГИНОРМ ГЕСТА (PROGINORM GESTA). **Склад.** Діюча речовина: progesterone. **Показання.** Зниження здатності до запліднення при первинній або вторинній безплідності при частковій або повній лютеїновій недостатності (дисовуляція, підтримка лютеїнової фази під час приготування до екстракорпорального запліднення, програма донорії яйцеклітин). Профілактика звичного викидня або загрози спонтанного викидня при лютеїновій недостатності. Профілактика передчасних пологів у жінок з короткою шийкою матки або у жінок з наявністю передчасних спонтанних пологів в анамнезі. **Противопоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Тяжкі порушення функцій печінки. Підозрювана або підтверджена неоплазія грудей або статевих органів. Недіагностовані вагінальні кровотечі. Невдалий або неповний аборт. Тромбофлебіт. Тромбоемболічні порушення. Крововилив у мозок. Порфірія. Прогинорм Геста відпускається тільки за рецептом лікаря. Реєстраційні посвідчення: UA/15254/01/01, UA/15254/01/02. Термін дії посвідчення: з 21.06.2016 по 21.06.2021. Наказ МОЗ №478 від 28.04.2017

Детальна інформація про фармакологічні властивості, клінічні характеристики, спосіб застосування та дози, побічні реакції, взаємодію з іншими лікарськими засобами, інші види взаємодій та інші властивості міститься в повній інструкції для медичного застосування. Цей носій інформації призначено тільки фахівцям охорони здоров'я. Схвалено до друку у серпні 2017 р.



Заявник
ЗАТ «ФАРМЛІГА»,
Литовська Республіка
м. Вільнюс, вул. Мейстру, 9,
LT-02189

Виробник
ЛАБОРАТОРІАС ЛЕОН ФАРМА С.А.
Полігоно Індустріаль Наватехера,
вул. Ла Вальїна б/н, Вільякіламбре,
Леон, Іспанія.

Представництво в Україні
ТОВ «Фармліга Україна»
Адреса: 07300, Київська обл.,
м. Вишгород, вул. Шолуденка, 1,
Тел./факс: +38 044 494 22 35

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Татарчук, Т.Ф.
Удосконалення лікувальної тактики ведення жінок з ендометріозом / Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, І.П. Маноліяк, В.П. Ковбасій // Репродуктивна ендокринологія. – 2014. – №4 (18). – С. 24–27.
Tatarchuk, T.F., Zakharenko, N.F., Manoliyak, I.P., Kovbasii, V.P.
"Improvement of the treatment tactics of women with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.18 (2014): 24–7.
2. Dennerstein, L., Lehert, P., Keung, L.S., et al.
"Asian study of effects of premenstrual symptoms on activities of daily life." Menopause Int 16.4 (2010): 146–51.
3. Bridou, M., Aguerre, C.
"Premenstrual symptomatology, somatization and physical anhedonia." Encephale 39.6 (2013): 432–8.
4. Кузнецова, И.В.
Современная терапия предменструального синдрома (обзор литературы) / И.В. Кузнецова, В.А. Коновалов // Гинекология. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 20–25.
Kuznetsova, I.V., Konovalov, V.A.
"Modern therapy of premenstrual syndrome (literature review)." Gynecology 15.3 (2013): 20–25.
5. Торчинов, А.М.
Предменструальный синдром (вопросы патогенеза, клинической картины и лечения) / А.М. Торчинов, Л.М. Барденштейн, Е.В. Полухова, В.И. Фириченко // Гинекология. – 2010. – № 2. – С. 21–25.
Torchinov, A.M., Bardenstein, L.M., Polukhova, E.V., Firichenko, V.I.
"Premenstrual syndrome (issues of pathogenesis, clinical presentation and treatment)." Gynecology 2 (2010): 21–5.
6. Ziolkiewicz, A., Pawlowski, B., Ellison, P.T., et al.
"Higher luteal progesterone is associated with low levels of premenstrual aggressive behavior and fatigue." Biol Psychol 91.3 (2012): 376–82.
7. Межевитинова, Е.А.
Магнийдефицитные состояния в гинекологической практике: клиническая оценка и методы коррекции / Е.А. Межевитинова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – № 4. – С. 91–98.
Mezhevitinova, E.A.
"Magnesium deficiency states in gynecological practice: clinical evaluation and methods of correction." Questions of gynecology, obstetrics and perinatology 4 (2007): 91–8.
8. Яковлева, Э.Б.
Предменструальный синдром. В помощь практическому врачу / Э.Б. Яковлева, О.М. Бабенко, О.Н. Пилипенко // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – № 4 (18). – С. 30–34.
Yakovleva, E.B., Babenko, O.M., Pilipenko, O.N.
"Premenstrual syndrome. To help the practitioner." Reproductive Endocrinology 4.18 (2014): 30–4.
9. Поздняк, А.О.
Медикаментозная терапия предменструального синдрома / А.О. Поздняк // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 117–120.
Pozdnyak, A.O.
"Drug therapy of premenstrual syndrome." Obstetrics and Gynecology 8 (2011): 117–20.
10. Perez-Lopez, F.R., Chedraui, P., Perez-Roncero, G., et al.
"Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Symptoms and Cluster Influences." The Open Psychiatry Journal 3 (2009): 47–57.
11. Ford, O., Lethaby, A., Roberts, H., Mol, B.W.
"Progesterone for premenstrual syndrome." Cochrane Database Syst Rev 3 (2012): CD003415.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ. ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заст. директора з наукової роботи, зав. відділенням ендокринної гінекології ДУ «ПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України»

Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., ст. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України»

І.П. Маноліяк, мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України»

Метою описаного в статті дослідження було вивчення ефективності використання мікронізованого прогестерону в лікуванні передменструального синдрому. Було досліджено 68 жінок репродуктивного віку від 18 до 40 років (середній вік $31,2 \pm 5,3$ роки) з передменструальним синдромом легкого та середнього ступеня вираженості. Досліджувані жінки були розподілені методом рандомізації на дві групи: група лікування ($n = 35$) та група контролю ($n = 33$). Групи дослідження були зіставні за віком та формами передменструального синдрому.

Пацієнтки групи лікування отримували терапію препаратом «Прогіноорм ОВО» по 200 мг на день з 16 до 25 дня менструального циклу протягом трьох циклів. Препарат «Прогіноорм ОВО» був вибраний з урахуванням його властивостей, які подібні до властивостей природного ендогенного прогестерону за наявності гестагенного, антиестрогенного та легкого антиандрогенного впливу. Жінки групи контролю не отримували медикаментозних засобів лікування. Для полегшення стану пацієнткам обох груп були рекомендовані немедикаментозні заходи: оптимізація режиму праці та відпочинку, збалансоване харчування, активний спосіб життя з помірними фізичними навантаженнями.

Автори дослідження дійшли висновку, що застосування мікронізованого прогестерону є доцільним та ефективним у лікуванні основних проявів передменструального синдрому, особливо стосовно больових проявів, змін в поведінці та симптомів затримки рідини в організмі. При цьому термін лікування проявів передменструального синдрому доцільно продовжувати до 6 місяців, профілактично швидко відновлення симптоматики після припинення курсу терапії.

Ключові слова: передменструальний синдром, мікронізований прогестерон, дисменорея, Прогіноорм.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, зам. директора по научной работе, зав. отделением эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины»

Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., ст. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины»

И.П. Маноліяк, мл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины»

Целью описанного в статье исследования было изучение эффективности использования микронизированного прогестерона в лечении предменструального синдрома. Были исследованы 68 женщин репродуктивного возраста от 18 до 40 лет (средний возраст $31,2 \pm 5,3$ года) с предменструальным синдромом легкой и средней степени выраженности. Исследуемые женщины были распределены методом рандомизации на две группы: группу лечения ($n = 35$) и группу контроля ($n = 33$). Группы исследования были сопоставимы по возрасту и формам предменструального синдрома.

Пациентки группы лечения получали терапию препаратом «Прогинорм ОВО» по 200 мг в день с 16 до 25 дня менструального цикла в течение трех циклов. Препарат «Прогинорм ОВО» был выбран с учетом его свойств, которые подобны свойствам природного эндогенного прогестерона при наличии гестагенного, антиэстрогенного и легкого антиандрогенного и альдостеронового воздействия. Женщины группы контроля не получали медикаментозных средств лечения. Для облегчения состояния пациенткам обеих групп были рекомендованы немедикаментозные мероприятия: оптимизация режима труда и отдыха, сбалансированное питание, активный образ жизни с умеренными физическими нагрузками.

Авторы исследования пришли к выводу, что применение микронизированного прогестерона является целесообразным и эффективным в лечении основных проявлений предменструального синдрома, особенно в отношении болевых проявлений, изменений в поведении и симптомов задержки жидкости в организме. При этом срок лечения проявлений предменструального синдрома целесообразно продолжать до 6 месяцев, профилируя быстрое восстановление симптоматики после прекращения терапии.

Ключевые слова: предменструальный синдром, микронизированный прогестерон, дисменорея, Прогинорм.

PREMENSTRUAL SYNDROME. PATHOGENETIC ASPECTS OF TREATMENT

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy director for research work, head of the Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine"

N.F. Zakharenko, MD, senior researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine"

I.P. Manoliyak, junior researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine"

The purpose of the described research was to study the effectiveness of the use of micronized progesterone in the treatment of premenstrual syndrome. 68 women of reproductive age from 18 to 40 years old (mean age $31,2 \pm 5,3$ years) with premenstrual syndrome of mild and moderate severity were studied. The women were randomized into two groups: the treatment group ($n = 35$) and the control group ($n = 33$). The study groups were comparable in age and forms of premenstrual syndrome.

Patients of treatment group received therapy with Proginorm OVO, 200 mg per day from 16 to 25 days of the menstrual cycle for three cycles. The drug Proginorm OVO was chosen taking into account its properties, which are similar to the properties of natural endogenous progesterone in the presence of progestogenic, antiestrogenic and light antiandrogenic and aldosterone effects. The women of control group did not receive drugs. To alleviate the condition, for patients of both groups were recommended non-drug measures: optimization of work and rest, balanced nutrition, active lifestyle with moderate physical exertion.

Authors concluded that the use of micronized progesterone is appropriate and effective in treating the main manifestations of premenstrual syndrome, especially with regard to pain, changes in behavior and symptoms of fluid retention in the body. In this case, the period of premenstrual syndrome manifestations treatment is advisable to continue up to 6 months, preventing the rapid recovery of symptoms after cessation of therapy.

Keywords: premenstrual syndrome, micronized progesterone, dysmenorrhea, Proginorm.