

Нормоменс — оптимальная натуропатическая рецептура лечения предменструального синдрома

В.А. Потапов

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Изучена эффективность и переносимость препарата Нормоменс при лечении женщин репродуктивного возраста с предменструальным синдромом. Показано, что Нормоменс, созданный на основе экстрактов авраамова дерева, имбиря садового, пажитника сеного и яблони лесной, является эффективным препаратом для лечения предменструального синдрома.

Ключевые слова: предменструальный синдром, натуропатический препарат, лечение, Нормоменс.

Симптомы предменструального напряжения или предменструальный синдром (ПМС), проявляющийся нейропсихическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями во второй фазе менструального цикла, регулярно нарушает привычный образ жизни более чем половины женщин в популяции [1, 3]. Эпидемиологические исследования последних лет изменили представление об особенностях возникновения и течения ПМС, который, по праву, сегодня многие авторы относят к категории хронических заболеваний с прогрессирующим течением, приводящим в ряде случаев к необратимым изменениям психического и физического здоровья, нередко потери трудоспособности у женщин репродуктивного возраста, что ставит ПМС в ряд важнейших медико-социальных проблем [4].

Этиология и патогенез ПМС до сих пор окончательно не выяснены, поэтому в литературе можно встретить различные синонимы ПМС: «синдром предменструального напряжения», «предменструальная болезнь», «циклическая болезнь», «предменструальное дисфорическое расстройство», «DASH-syndrome» (Depression – депрессия; Anxiety – беспокойство, возбуждение; Craving – изменение пристрастий; Hyperhydration – гипергидратация).

Частота ПМС, по данным разных источников, варьируется и составляет от 47% до 90%, что отражает в определенной степени различные подходы к трактовке как самого термина ПМС, так и корректность включения отдельных симптомов, которые могут наблюдаться в предменструальный период, в разряд патологических. В этой связи, в зависимости от особенностей клинической симптоматики и выраженности предменструальных расстройств, различий в подходе к их терапии, целесообразно различать [4]:

- *предменструальные симптомы;*
- *предменструальный синдром* (собственно ПМС);
- *предменструальные дисфорические расстройства* (тяжелые формы ПМС, в частности, сопровождающиеся депрессивными проявлениями и выраженным аффективным состоянием). Встречается в 3–8% случаев;

– *предменструальная магнизикация* (отягощение или обострение имеющихся соматических заболеваний в предменструальный период).

Существует множество теорий развития ПМС (гормональная, аллергическая, теория водной интоксикации и др.), но ни одна из них не объясняет весь спектр разнообразных клинических проявлений ПМС. Долгое время полагали, что ПМС развивается на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостаточности секреции прогестерона (гормональная теория Роберта Франка), которые приводят к задержке натрия, накоп-

лению свободной жидкости в межклеточном пространстве и образованию отеков. Действительно, ПМС не бывает до менархе, в постменопаузе, у женщин после овариоэктомии или на фоне лечения агонистами ГнРГ. Как свидетельствуют результаты многочисленных исследований, ановуляция и недостаточность желтого тела встречаются при ПМС редко, а заместительная терапия прогестероном оказалась недостаточно эффективной.

В последние годы важную роль в патогенезе ПМС отводят повышению уровня пролактина. Пролактин, выступающий как модулятор биологических эффектов многих гормонов и биологически активных веществ, потенцирует также действие альдостерона и вазопрессина, что обуславливает разнообразные симптомы ПМС, в первую очередь связанные с ретенцией жидкости.

Гиперчувствительность к половым гормонам, как и к пролактину и альдостерону, объясняют в определенной степени и наличием аллергического состояния, свидетельством чего являются положительные кожные пробы к вышеуказанным гормонам в лютеиновой фазе менструального цикла, однако природа сенсibilизирующих факторов не совсем ясна.

Многие симптомы ПМС сходны с состоянием гиперпроstagландинемии. Нарушением синтеза и метаболизма простагландинов объясняют возникновение таких симптомов, как головная боль по типу мигрени, тошнота, рвота, вздутие живота, поносы и различные поведенческие реакции

Многообразие клинических проявлений свидетельствует о вовлечении в патологический процесс центральных, гипоталамических структур, ответственных за регуляцию всех обменных процессов в организме, а также поведенческих реакций. Поэтому в настоящее время основная роль в патогенезе ПМС отводится нарушению обмена нейропептидов ЦНС (опиоидов, серотонина, допамина, норадреналина и др.) и связанных с ним периферических нейроэндокринных процессов. Таким образом, развитие ПМС можно объяснить функциональными нарушениями ЦНС в результате воздействия неблагоприятных факторов на фоне лабильности гипоталамо-гипофизарной системы (ГГС).

К факторам, которые приводят к возникновению ПМС, относят стрессовые ситуации, нейроинфекции, осложненные роды и аборт, различные травмы и оперативные вмешательства. Определенную роль играет и преморбидный фон, отягощенный различной гинекологической и экстрагенитальной патологией.

На сегодняшний день описано около 150 клинических симптомов, имеющих отношение к ПМС, из которых часто встречаются около 10–15, а остальные – относительно редко. Систематизация разнообразных проявлений ПМС позволяет объединить их в характерные группы симптомокомплексов:

– *психоэмоциональные нарушения* (эмоциональная лабильность, раздражительность, возбуждение, депрессия, апатия, плаксивость, утомляемость, слабость, нарушение сна, ощущение страха, суицидальные мысли, нарушение либидо, гиперчувствительность к звукам и запахам, слуховые и обонятельные галлюцинации);

– *неврологические симптомы* (головная боль, мигрень, головокружение, нарушение координации движений, гиперестезия, эпилептоидные припадки, кардиалгии, приступы аритмии, удушье, появление вазомоторного ринита);

– **нарушения водно-электролитного баланса** (периферические отеки, увеличение массы тела, масталгия, вздутие живота, изменение удельного веса мочи, нарушения диуреза);

– **гастроинтестинальные симптомы** (анорексия или булимия, изменение вкуса, тошнота, рвота, метеоризм);

– **кожные проявления** (появление акне, изменение жирности кожи, повышенная потливость, зуд, гиперпигментация).

В зависимости от превалирования тех или иных симптомов в клинической картине выделяют четыре формы ПМС: 1) нейропсихическая; 2) отечная; 3) цефалгическая; 4) кризовая. Некоторые авторы выделяют также атипичскую форму ПМС.

Нейропсихическая форма ПМС характеризуется наличием следующих симптомов: эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость, бессонница, апатия к окружающему, депрессивное состояние, слабость, быстрая утомляемость, обонятельные и слуховые галлюцинации, ослабление памяти, чувство страха, беспричинный смех и плач, сексуальные нарушения, суицидальные мысли. Помимо нейропсихических реакций, которые выступают на первый план, в клинической картине могут быть другие симптомы: головная боль, головокружения, нарушение аппетита, болезненность грудных желез, вздутие живота.

Отечная форма ПМС отличается превалированием в клинической картине следующих симптомов: отеки лица, голеней, пальцев рук, набухание и болезненность грудных желез (мастодиния), кожный зуд, потливость, жажда, увеличение массы тела, нарушение функции пищеварительного тракта (запоры, метеоризм, понос), боль в суставах, головная боль, раздражительность и др. У подавляющего большинства больных с отечной формой ПМС во второй фазе цикла отмечается отрицательный диурез с задержкой до 500–700 мл жидкости.

Цефалгическая форма ПМС характеризуется превалированием в клинической картине вегетативно-сосудистой и неврологической симптоматики: головная боль по типу мигрени с тошнотой, рвотой и поносами, головокружение, сердцебиение, боль в сердце, бессонница, раздражительность, повышенная чувствительность к запахам, агрессивность.

При кризовой форме ПМС в клинической картине преобладают симпатоадреналовые кризы, сопровождающиеся повышением артериального давления (АД), тахикардией, болью в сердце, чувством страха без изменений в ЭКГ. Приступы нередко заканчиваются обильным мочеотделением. Кризисное течение ПМС может быть исходом нелеченной нейропсихической, отечной или цефалгической формы ПМС на стадии декомпенсации.

К атипичным формам ПМС относятся вегетативно-дисовариальная миокардиопатия, гипертермическая офтальмоплегическая форма мигрени, гиперсомническая форма, «циклические» аллергические реакции (язвенный гингивит, стоматит, бронхиальная астма, иридоциклит и др.).

Очевидно, что выделение приведенных выше форм является в определенной степени условным и чаще наблюдаются смешанные формы патологии.

В зависимости от количества симптомов ПМС, их длительности и выраженности предлагают выделять легкую форму ПМС – появление 3–4 симптомов за 2–10 дней до менструации при значительной выраженности 1–2 симптомов и тяжелую форму ПМС – появление 5–12 симптомов за 3–14 дней до менструации, из них 2–5 или все значительно выражены. В течение ПМС выделяют также три стадии: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

Отсутствие единых взглядов на этиологию и патогенез ПМС находит свое отражение и в многообразии предложенных методов терапии данной патологии, которая в определенной степени имеет симптоматический характер.

Учитывая наличие нейропсихических проявлений различной степени выраженности при любой форме ПМС рекомендуются седативные и психотропные препараты (диазепам, рудотель, седуксен, амитриптилин, тioriдазин, магне-В₆, паро-

ксетин, флувоксамин, грандаксин). При нейропсихической, цефалгической и кризовых формах ПМС рекомендуются препараты, обладающие адренергическим действием и нормализующие нейромедиаторный обмен в ЦНС (перитол, дифенил, миртазапин, миансерин), с целью улучшения кровообращения в ЦНС – применение ноотропила, трентала, сермиона, пиррацетама, кавинтона, аминоклона, ГАМК. При цефалгической и кризовой формах обосновано также назначение агонистов допамина и эрголиновых дериватов (достинекс, бромкриптин). Учитывая важную роль простагландинов в патогенезе ПМС, рекомендуются антипростагландиновые препараты (напроксан, кетонал, индометацин, фемизол и др.).

При отечной форме и аллергических проявлениях рекомендуются препараты антигистаминного действия (тавегил, диазолин, терален, алимемазин), диуретики (диазепам, альдактан, фуросемид, новурит) и антагонисты альдостерона (верошпирон, спиронолактон), обладающие диуретическим и гипотензивным эффектом.

Очевидная связь ПМС с циклическими колебаниями яичниковых гормонов стала причиной применения гормональных препаратов (гестагенов с 15–17-го по 26-й день цикла, гормональных монофазных оральных контрацептивов, антиэстрогенов, агонистов ГнРГ).

Существующие методы лечения, базирующиеся на различных теориях возникновения ПМС, не удовлетворяют сегодня в полной мере ни врачей, ни пациенток. Проблема ПМС и его терапии это не только удел гинекологической науки и практики, сегодня она становится все больше междисциплинарной.

В последнее время находится все больше приверженцев гипотезы, что ПМС с его разнообразной симптоматикой и превалированием тех или иных компонентов является полиэтиологической функциональной патологией, в основе которой лежат особенности фенотипа индивидуума, которые могут закладываться еще в эмбриональный период и проявляться в дальнейшем снижением стресс-реактивности эндокринной системы, метаболизма, активности ферментов и внутриклеточных регуляторных молекул [2].

С учетом последних достижений генетики и эпигенетики, находится все больше доказательств того, что ПМС является своеобразным проявлением врожденной нестабильности генома, модификации экспрессии генов, обусловленной нарушениями эпигеномного контроля процессов онтогенеза под влиянием эндогенных и экзогенных патогенных факторов, изменяющих микроокружение клеток в критические периоды их дифференциации с последующим формированием фенотипа, predisposing к развитию ПМС. К этиологическим факторам, вызывающим нарушение эпигеномной регуляции индивидуального развития в онтогенезе, можно отнести гестационный йодный дефицит, пренатальный метаболический стресс, дисбаланс гормонов и нейропептидов, гормональные, антигормональные и нейротропные лекарственные средства, нарушение углеводного обмена, сахарный диабет у беременных, алкоголь, никотин, наркотические и другие психотропные средства [2].

Во многих случаях эпигенетическое наследование на протяжении жизненного цикла определяется последующими патологическими изменениями нейроэндокринной регуляции, главным звеном которой являются гипоталамус, центральные и периферические регуляторные эпигенетические механизмы. Системообразующий их характер нарушений при ПМС очевиден и имеет свои закономерные особенности: 1) функциональные нарушения возникают на фоне отсутствия анатомических аномалий органов репродуктивной системы; 2) они обнаруживаются чаще после полового созревания; 3) функциональная патология является долговременной.

С вышеуказанных позиций, мы склонны считать, что терапия ПМС также должна обладать синхронизирующим и системообразующим действием, под которым подразумевается воздей-

стве на ключевые механизмы регуляции функций организма в целом, как на уровне сигнальных систем отдельных клеток, так и на системном уровне организованной материи. Этим задачам отвечают в большей степени системные воздействия на организм, такие, как климатотерапия, нормализация образа жизни (режим труда и отдыха), физические упражнения, рациональное питание и натуропатические препараты с синергическим и разносторонним биологическим механизмом действия.

Фитотерапия является одним из древнейших методов традиционной терапии. Благодаря современным методам исследования и инновационным формам изготовления натуропатических препаратов в настоящее время формируется новая эра фитотерапии при различных заболеваниях. Фитотерапия является общедоступной, и хотя многие аспекты молекулярных механизмов действия растительных экстрактов еще не совсем ясны, она обладает достаточно высокой лечебной эффективностью, хорошей переносимостью, что позволяет использовать ее с лечебной и профилактической целью достаточно долго.

Включение в схему ПМС препаратов природного происхождения, регулирующих кровоснабжение, трофику, метаболизм и функциональное состояние ЦНС, а также обладающих гормоноподобным действием, целесообразно ввиду нейроэндокринной природы последнего.

В настоящем сообщении представлен опыт использования комплексного натуропатического препарата Нормоменс в лечении ПМС. Основными действующими компонентами Нормоменса являются экстракты витекса обычного (*Vitex agnus castus*) – 100 мг; имбиря садового (*Zingiber officinale*) – 25 мг; пажитника сеного (*Trigonella foetum graecum*) – 50 мг; яблони лесной (*Malus sylvestre*) – 7,5 мг.

Экстракт витекса обычного (*Vitex agnus castus*). *Синонимы:* прутняк обыкновенный, авраамово дерево. Бициклические детерпены, выделенные из растения *Vitex agnus castus* (VAC), обладают допаминергической, пролактин-ингибирующей, слабой эстрогенной активностью. Плоды этого растения содержат иридоиды, флавоноиды и другие биологически активные компоненты, оказывающие действие, сходное с эффектом гормонов желтого тела, а некоторые компоненты экстракта VAC обладают сродством к опиоидным рецепторам. В народной медицине плоды, семена и листья, а также препараты на основе витекса применяют при различных заболеваниях, сопровождающихся подавленным настроением, депрессией, при женских болезнях для гармонизации содержания женских половых гормонов, ПМС, сопровождающемся отеками, при скудности менструаций или их отсутствии, ановуляторных циклах, нарушениях менструального цикла, связанных с недостаточностью желтого тела и после применения противозачаточных средств, при бесплодии, связанном с гиперпролактинемией, при циклической боли в груди (масталгии).

Экстракт имбиря садового (*Zingiber officinale*). Имбирь – одно из самых известных лекарственных растений, которое используют и в медицине для лечения различных заболеваний, и в кулинарии для придания блюдам особого, пикантного вкуса. Основная ценность имбиря заключается в его корневище, которое используют в лечебных целях. Корень имбиря содержит витамины (витамин С, В₁, В₂), минеральные вещества: алюминий, калий, кальций, железо, марганец, хром, фосфор, германий, каприловую, никотиновую и линолевую кислоты. Корень имбиря можно использовать как обезболивающее средство (способен угнетать выработку простагландинов), противовоспалительное, рассасывающее, спазмолитическое, ветрогонное, потогонное, заживляющее, тонизирующее, бактерицидное и антибактериальное. Результаты многочисленных исследований подтвердили, что имбирь устраняет тошноту и головокружение любой этиологии, нормализует работу кишечника, облегчая расщепление и усвоение пищи, регулирует перистальтику, способствует нормализации и ускорению обмена веществ, применяется при метеоризме, кишечных, почечных и желчных коликах, при аллергии и кожных заболеваниях, при бронхиальной астме, при умственной и физической усталости, стимулирует функцию щитовидной железы, улучшает память и обучаемость.

ризм, кишечных, почечных и желчных коликах, при аллергии и кожных заболеваниях, при бронхиальной астме, при умственной и физической усталости, стимулирует функцию щитовидной железы, улучшает память и обучаемость.

Входящее в состав имбирного корня особое вещество – гингерол, способствует улучшению мозгового кровообращения, укрепляет сосуды, создает эффект согревания изнутри. Также доказано, что имбирь является достаточно мощным природным афродизиактом, помогающим женщинам избавиться от фригидности.

Экстракт пажитника сеного (*Trigonella foetum graecum*). *Синонимы:* пажитник греческий, верблюжья трава, шамбала, фенугрек, хельба. Семя пажитника (бобы) содержит стероидные сапонины, стеролы, флавоноиды (диосгенин, тигогенин, ямогенин, фитосерин), являющиеся природным фитогормонами, богато калием, фосфором, магнием, железом, кальцием, витаминами (С, В₁, В₂, РР, фолиевая кислота).

Сотни лет в азиатских странах это растение считают женским лекарством. В народной медицине используют как средство при болезненных менструациях и симптомах менопаузы, при желудочных спазмах и сниженной функции печени, при слабости нервной, дыхательной и репродуктивной систем, как болеутоляющее, противовоспалительное, седативное, а также сахароснижающее средство.

Экстракт яблони лесной (*Malus sylvestre*). Содержит витамины С, РР, комплекс витаминов В, железо, кальций, калий, фосфор, медь, марганец, цинк, яблочную, лимонную, салициловую, хлорогеновую, борную, аскорбиновую и виноградную кислоты, каротин, пектины, эфирное и жирное масла, флавоноиды, фитонциды, рутин, катехины, полифенольные соединения, амигдалин, полисахариды и др.

В народной медицине используют как седативное, желчегонное, потогонное, противоотечное, противовоспалительное и ранозаживляющее средство. Способствует продуктивной мозговой деятельности, выводит токсины из организма, восстанавливают кислотно-основное равновесие, улучшает кровообращение и нормализует сердечно-сосудистую деятельность, улучшают пищеварение и кроветворение.

Известные на сегодня биологические эффекты компонентов препарата Нормоменс на специфические функции женского организма определяют показания для его применения в качестве альтернативной терапии нежелательных симптомов ПМС, дисменореи, фиброзно-кистозной мастопатии и бесплодия, обусловленного недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла.

Цель исследования: изучение эффективности препарата Нормоменс в терапии у женщин с компенсированной и субкомпенсированной формами ПМС.

Исследование проводили в соответствии с международными стандартами качественной клинической практики (ICH-GCP), Хельсинкской декларации и было одобрено локальным этическим комитетом.

Дизайн исследования: постмаркетинговое, неконтролируемое, сравнительное, проспективное (в паралельных группах), рандомизированное, моноцентровое. Длительность исследования составила 6 мес.

Критериями включения в исследование были: наличие компенсированного и субкомпенсированного ПМС у женщин в возрасте 18–40 лет с сохраненным менструальным циклом; отсутствие органической патологии органов малого таза и грудных желез; перерыв после последнего эпизода лечения симптомов ПМС не менее 6 мес, наличие информированного согласия.

Критериями исключения из исследования были: больные с тяжелой, декомпенсированной (предменструальные дисфорические расстройства) и атипической (предменструальная магнификация) формами ПМС, которые нуждались в дополнительной терапии и консультации смежных специалистов; нерегулярные

Модифицированный менструальный дистресс-опросник и частота распределения симптомов ПМС в исследованных группах

Группа симптомов	Характер симптома	Частота симптомов в группах		
		1-я группа (n=30)	2-я группа (n=30)	Контроль (n=30)
Болевые проявления	Мышечное напряжение	36,6%	43,3%	40%
	Головная боль	70%	73,3%	66,7%
	Спазмы и судороги	6,7%	10%	3,3%
	Люмбагия	3,3%	3,3%	–
	Усталость	53,3%	60%	57%
	Боль внизу живота	66,7%	70%	63,3%
Нарушение концентрации	Бессонница	33,3%	30%	26,7%
	Забычивость	40%	36,7%	33,3%
	Смущение	20%	23,3%	16,7%
	Заторженность	23,3%	20%	20%
	Затруднение концентрации	73,3%	76,7%	70%
	Рассеянность	33,3%	30%	30%
	Снижение координации движений	13,3%	16,7%	10%
Изменение поведения	Травматизм	–	–	–
	Снижение активности во время работы или учебы	83,3%	86,7%	80%
	Сонливость	26,7%	30%	23,3%
	Утрата трудоспособности	20%	23,3%	20%
	Снижение социальной активности	13,3%	16,7%	10%
Вегетативные реакции	Снижение эффективности	56,7%	53,3%	50%
	Головокружения, потеря сознания	6,7%	3,3%	–
	Холодный пот	50%	53,3%	46,7%
	Тошнота, рвота	16,7%	13,3%	10%
Задержка жидкости	Приливы жара	16,7%	10%	13,3%
	Увеличение массы тела	13,3%	16,7%	10%
	Кожные проявления	43,3%	40%	40%
	Масталгия	90%	83,3%	80%
Негативная аффектация	Отечность	26,7%	23,3%	20%
	Плаксивость	73,3%	70%	67,7%
	Чувство одиночества	20%	23,3%	16,7%
	Беспокойство	76,7%	73,3%	70%
	Тревога	86,7%	83,3%	70%
	Невозможность расслабиться	36,7%	40%	33,3%
	Раздражительность	56,7%	50%	53,3%
	Перемены настроения	73,3%	66,7%	70%
Депрессия	80%	76,7%	83,3%	
Напряженность	33,3%	36,7%	30%	

месячные и ановуляторный цикл, первичная дисменорея, гиперпролиферативные процессы в органах малого таза и грудных железах; наличие тяжелой соматической патологии, психических заболеваний, ранее перенесенных или имеющихся злокачественных заболеваний; сопутствующая гормональная, витаминно-, физио-, лекарственная терапия, прием анальгетиков на момент рандомизации; курение, злоупотребление алкоголем, аллергические реакции на отдельные компоненты препарата, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

При первом визите (прескрининговый этап) всем женщинам, соответствующим критериям включения, предлагали ознакомиться и подписать информированное согласие на участие в исследовании. Включенные в исследование пациентки на протяжении 2 мес, предшествующих лечению, вели менструальный календарь симптомов. На этапе скрининга и при послед-

ующих посещениях необходимые сведения вносили в специально разработанные карты, которые в дальнейшем составили основную базу данных. На прескрининговом и скрининговом этапах потерь и отказа пациенток от лечения не было.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 90 женщин с компенсированным и субкомпенсированным ПМС. В период набора с целью определения соответствия пациенток критериям включения/исключения все женщины прошли тщательное обследование, которое включало сбор анамнеза, клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, УЗИ органов малого таза и грудных желез, гинекологическое обследование, цитологическое исследование мазков с шейки матки, базальная термометрия на протяжении 2 мес до начала исследования.

После проведенного обследования, оценки критериев включения/исключение лечение было назначено 60 пациенткам с явлениями ПМС, в том числе 30 женщин (1-я группа) получали препарат Нормоменс по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером), 30 женщин (2-я группа) получали препарат Нормоменс по 2 капсулы 2 раз в день (утром и вечером). Длительность лечения составила 3 менструальных цикла.

Контрольную группу составили 30 женщин, которые отказались от какой-либо терапии ПМС. Указанные группы были предварительно рандомизированы по возрасту, частоте и интенсивности клинических проявлений ПМС, что позволяло говорить об их статистической однородности.

Клинические характеристики пациенток основной и контрольной групп, характер экстрагенитальной и акушерско-гинекологической патологии и формы ПМС были сопоставимы.

Средний возраст пациенток, включенных в исследование, составил $27,8 \pm 4,8$ года. Все женщины на момент обследования имели постоянное место работы, благополучное социальное положение и условия жизни. Возраст менархе составил $12,6 \pm 0,4$ года, длительность установления менструального цикла составила $6,9 \pm 1,4$ мес, продолжительность цикла – $28,2 \pm 0,4$ дня, длительность менструации – $4,5 \pm 0,4$ дня. Были замужем 63 (70%) женщины, регулярно жили половой жизнью 76 (84,4%), имели в анамнезе роды 49 (54,4%) и аборт 33 (36,7%).

История заболевания ПМС в группах варьировала от 1 года до 10 лет и составила в среднем в 1-й группе – $7,8 \pm 0,8$, во 2-й группе – $7,5 \pm 0,4$ и в контрольной группе $7,2 \pm 0,5$ года ($p > 0,05$). 64 (71,1%) женщины ранее по поводу лечения ПМС к врачу не обращались, у 26 (28,9%) пациенток неоднократно проводили лечение ПМС разными препаратами, но возникал рецидив его симптомов.

По данным анамнеза за последние 3 года проявление симптомов ПМС в цикле варьировало от 4 до 14 дней, а средняя продолжительность ПМС составила в 1-й группе – $8,3 \pm 1,2$ дня, во 2-й группе – $7,8 \pm 1,6$ дня, в контрольной группе – $8,1 \pm 1,3$ дня ($p > 0,05$).

В клинической картине ПМС доминировали следующие симптомы: раздражительность, нагрубание и болезненность грудных желез, вздутие и боль внизу живота, плаксивость, депрессия, отечность, головная боль (таблица).

Анализ эффективности препарата Нормоменс при ПМС проводили по результатам анализа менструального календаря симптомов, степени купирования отдельных проявлений ПМС и по результатам оценки модифицированного аналога менструального дистресс-опросника – МДО (Moos R., 1969), из которого мы исключили некоторые позиции, связанные с симптомами тяжелых пароксизмальных психовегетативных расстройств, как например «панические атаки». При анализе МДО оценивали 36 симптомов ПМС (см. таблицу). Интенсивность отдельных симптомов определяли по балльной шкале:

- 1 балл – отсутствие патологических проявлений;
- 2 балла – очень слабые проявления;
- 3 балла – явные, слабые проявления;
- 4 балла – средней интенсивности проявления;
- 5 баллов – выраженные проявления;
- 6 баллов – острые проявления, лишаящие трудоспособности.

Эффективность препарата Нормоменс определяли также по изменению средних суммарных показателей МДО после 3 циклов лечения в сравнении с соответствующими показателями до лечения. С этой целью каждые 7 дней перед менструацией суммировались результаты 36 симптомов, указанных в МДО в баллах. Средний суммарный показатель этих 7 дней (лютеиновая фаза), рассчитанный в исходном цикле и в последнем, 3-м цикле лечения, был взят для сравнения и оценки результатов лечения. Клиническим улучшением считали уменьшение сум-

марного показателя МДО на 40% и более в сравнении с исходными данными.

Безопасность препарата Нормоменс оценивали по частоте и интенсивности побочных эффектов, возникших в период лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ менструальной карты показал уменьшение продолжительности периода проявления различных симптомов ПМС при применении Нормоменса, по сравнению с исходными показателями (рис. 1). Как следует из рис. 1, после 3 мес терапии продолжительность патологической симптоматики уменьшилась в 2 раза (с $8,3 \pm 1,2$ до $4,1 \pm 1,2$ дня, $P < 0,05$) при использовании 2 капсул в день и более чем в 2,9 раза при использовании 4 капсул в день (с $8,2 \pm 1,5$ до $2,9 \pm 1,8$ дня, $P < 0,01$). В контрольной группе средняя продолжительность ПМС в период наблюдательного наблюдения практически не изменилась – $8,4 \pm 2,3$ и $8,1 \pm 1,9$ дня соответственно на начало и конец исследования ($P > 0,05$).

Как следует из рис. 2, у женщин с ПМС применение препарата Нормоменс в течение 3 менструальных циклов привело к достоверному снижению частоты предменструальных симптомов, образующих основные симптомокомплексы МДО. Многие симптомы, такие, как раздражительность, нагрубание и болезненность грудных желез, боль внизу живота, плаксивость, депрессия, были практически купированы, остальные

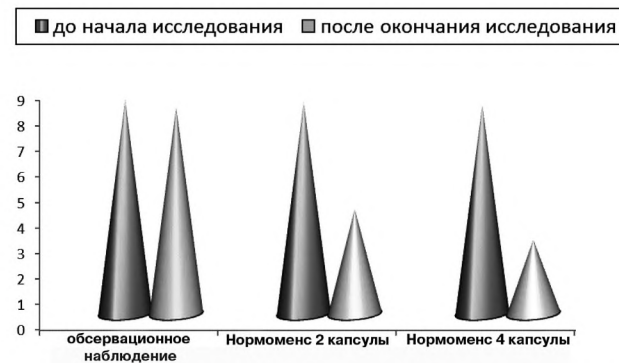


Рис. 1. Динамика продолжительности периодов проявления различных симптомов ПМС в конце терапии

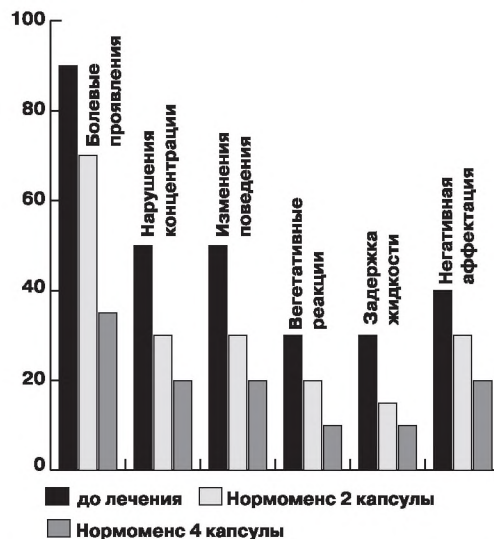


Рис. 2. Частота отдельных групп симптомов до и после лечения ПМС препаратом Нормоменс в исследуемых группах

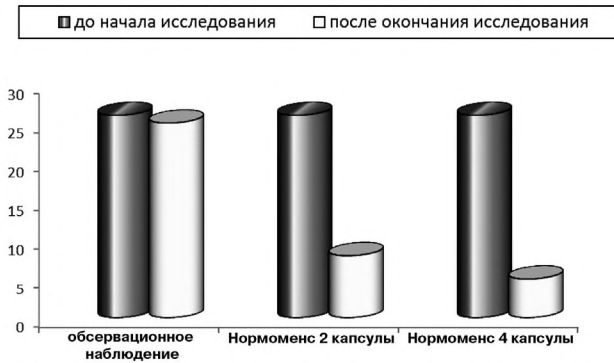


Рис. 3. Суммарная оценка клинических симптомов ПМС после 3 циклов терапии препаратом Нормоменс (модифицированный тест R. Moos, баллы)

претерпели существенное обратное развитие. У больных улучшились настроение и взаимоотношение с другими людьми, нормализовался сон, уменьшилась утомляемость, повысилась работоспособность, исчезли страхи.

Средние суммарные показатели опросника МДО после 3 циклов терапии в сравнении с исходными данными свидетельствовали о том, что в процессе лечения выраженность жалоб значительно уменьшилась. Так, средний суммарный показатель перед началом лечения (исходные данные) варьировал от 10 до 47 баллов и в среднем составлял $24,2 \pm 4,7$ балла, а после лечения показатель снизился до уровня $8,2 \pm 3,4$ балла при приеме 2 капсул Нормоменс в сутки, но наиболее выраженная положительная динамика клинических проявлений ПМС отмечена в группе пациенток, принимавших 4 капсулы Нормоменс в день, у которых суммарный показатель уменьшился на протяжении 3 мес с $26,5 \pm 4,1$ до $5,2 \pm 3,1$ балла (рис. 3).

Таким образом, анализ полученных данных показал, что эффективность применения Нормоменса у женщин с ПМС очевидна, особенно при использовании препарата в течение 3 мес в дозе 4 капсулы в день. После 3 мес терапии ПМС с применением Нормоменс 25 (83,3%) из 30 пациенток этой группы отметили «очень хорошую» эффективность терапии, 4 (13,4%) – «хорошую», не смогла определиться 1 (3,3%) пациентка.

Эффективность препарата Нормоменс у женщин, принимавших его в течение 3 мес (2 капсулы в день), была так-

**Нормоменс – оптимальна натуропатична рецептура лікування передменструального синдрому
В.А. Потапов**

Вивчена ефективність і переносимість препарату Нормоменс при лікуванні жінок репродуктивного віку з передменструальним синдромом. Показано, що Нормоменс, створений на основі екстрактів авраамова дерева, імбиря садового, пажитника сінного і яблуні лісової, є ефективним засобом для лікування передменструального синдрому.

Ключові слова: передменструальний синдром, натуропатичний препарат, лікування, Номоменс.

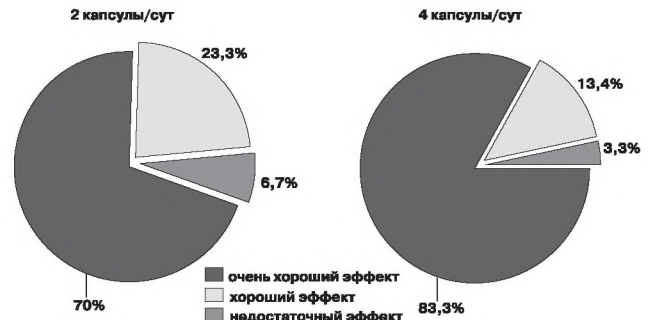


Рис. 4. Эффективность препарата Нормоменс в терапии ПМС по оценке пациентов

же достаточно высока и 20 (70%) из 30 пациенток этой группы отметили «очень хорошую» эффективность терапии, 7 (23,3%) – «хорошую», не смогли определиться – 2 (6,7%) пациентки.

Все респонденты отметили хорошую переносимость препарата Нормоменс. Побочных реакций и неблагоприятного влияния на фоне лечения ни у кого из пациенток, участвующих в исследовании, не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

Представленные результаты подтверждают эффективность и хорошую переносимость препарата Нормоменс у женщин с компенсированным и субкомпенсированным ПМС. Использование его в течение 3 мес способствовало положительной динамике основных симптомов ПМС, сокращению средней продолжительности проявления симптомов ПМС в цикле, улучшило психологический комфорт и повысило трудоспособность пациенток. Полученные позитивные результаты позволяют рассматривать препарат Нормоменс как оптимальную натуропатическую рецептуру для купирования компенсированных и субкомпенсированных предменструальных симптомов и как потенциально эффективную адьювантную лекарственную форму в составе комплексного лечения тяжелой, декомпенсированной формы предменструального синдрома.

**Normomens – optimal formulation naturopathic treatment of premenstrual syndrome
V.A. Potapov**

It was studied the effectiveness and survivability of the Normomens medication in treating of women of reproductive age with premenstrual syndrome. It is shown that Normomens produced on the base of the lilac chaste tree dry (*Vitex agnus castus*), *Zingiber officinale*, *Trigonella foetum graecum* and *Malus sylvestre* extracts is effective acceptable mean for the premenstrual syndrome treatment.

Key words: premenstrual syndrome, naturopathic drug treatment Normomens.

Сведения об авторах

Потапов Валентин Александрович – ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (0562) 23-22-65. E-mail: ppotapov@i.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Мануйн И.Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции /И.Б. Мануйн, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 280 с.
- Резников А.Г. Функциональная те- ратология нейроэндокринной систе- мы: этиология, патогенез, профилак- тика /А.Г. Резников //Здоров'я Ук- раїни, грудень 2007. – С. 19–21.
- Татарчук Т.Ф. Диагностика, профилак- тика та лікування передменструального синдрому (методичні рекомендації) /Т.Ф. Татарчук, І.Б. Венцівська, І.С. Майдан. – К., 2005. – С. 20.
- Татарчук Т.Ф. Алгоритм діагностики и лечения предменструального синдрома /Т.Ф. Татарчук, И.Б. Венцовская, Е.В. Шевчук, И.С. Майдан //Репродуктив- ное здоровье женщины. – 2004. – № 4 (20). – С. 41–43.

Статья поступила в редакцию 24.06.2014