

Возможности применения натурального комплекса на основе имбиря при цефалгической форме предменструального синдрома

В.Е. БАЛАН,

НЦАГиП им. акад.
В.И. Кулакова
Росмедтехнологий, Москва

Несмотря на то, что о симптомах предменструального синдрома (ПМС) было известно еще в древности, научные разработки в области этиологии, патогенеза, клиники и лечения ПМС начаты только около 70 лет назад.

Э

то значительный срок, однако до настоящего времени природа развития ПМС остается загадкой. Нет единства в результатах различных эпидемиологических исследований, все еще остается терминологическая путаница, пересматриваются диагностические критерии, нет единого мнения об этиологии и патогенезе ПМС. Для лечения синдрома предложено огромное количество фармакологических средств, что вносит сумятицу в практическое здравоохранение.

По мнению J. Mortola, частота ПМС несколько увеличивается с возрастом и не зависит от социально-экономических, культурных и этнических факторов, не превышает 8,2-12% в популяции (17). Однако данные о распространенности уме-

ренных и тяжелых проявлений ПМС единичные, а разброс их колеблется от 8 до 32% (10, 11).

ПМС резко снижает качество жизни за счет снижения работоспособности женщины, ухудшения социальной активности, возникновения конфликтных ситуаций в семье, включая сексуальные отношения. У пациенток с ПМС в 9 раз снижается производительность труда, учащаются прогулы, конфликтные ситуации с партнерами по работе и в семье (9).

Диагноз ПМС коррелирует со значительным увеличением как прямых (стоимость медицинского обслуживания), так и косвенных (потеря производительности труда) затрат, что превышает 4 тыс. долл. на пациентку в год (9). Полагают, что в лечении нуждаются 20% женщин с ПМС, из них 8% с предменструально-дисфорическим расстройством (ПМДР).

Учитывая многообразие мнений о всех аспектах ПМС, консенсусом группы экспертов в 2007 г. разработаны новые диагностические кри-

терии ПМС (14).

1. **Диагностический код ICD (Международная классификация болезней):** ПМС должен быть включен в новый раздел «междисциплинарные диагнозы».

2. **Название:** только «предменструальный синдром» (различные сочетания симптомов или группы их могут являться частью синдрома).

3. **Определение:** ПМС – любой симптом или группа симптомов, появляющихся в течение лютеиновой фазы цикла и исчезающих после начала менструации и не являющихся усугублением течения другого хронического заболевания.

Многообразие симптомов (описано более 150), их разнообразное сочетание, различная степень тяжести делают диагностику ПМС достаточно сложной. Определение формы ПМС основано на выделении наиболее яркого лидирующего патологического симптома (2).

По лидирующему симптому выделяют **психовегетативную, отечную, цефалгическую и кризовую (синдром панических атак)** формы заболевания (2, 4, 5). Однако чаще всего эти симптомы носят комплексный характер.

Одна из самых тяжелых – **цефалгическая** форма ПМС. Ее ведущим симптомом являются головные боли самого различного характера: по типу мигреней; головные боли при напряжении (экстракраниальные); сосудистые головные боли (интракраниальные); сочетанные формы головных болей. Головные боли часто сочетаются с тошнотой,

Одна из самых тяжелых – цефалгическая форма ПМС. Ее ведущим симптомом являются головные боли самого различного характера: по типу мигреней; головные боли при напряжении (экстракраниальные); сосудистые головные боли (интракраниальные); сочетанные формы головных болей. Головные боли часто сочетаются с тошнотой, рвотой, дисменореей. Именно головные боли определяют тяжесть состояния женщин, крайне отрицательно влияют на качество жизни и настоятельно требуют выработки новых способов лечения.

рвотой, дисменореей. Именно головные боли определяют тяжесть состояния женщин, крайне отрицательно влияют на качество жизни и настоятельно требуют выработки новых способов лечения (3).

По данным зарубежных авторов, головными болями страдают 78% женщин и 68% мужчин. Самые частые виды цефалгии – мигрень и головные боли напряжения – чаще встречаются у женщин. Так, распространенность мигрени среди женщин в 3 раза выше, чем среди мужчин (3, 7, 8, 16, 21).

Представляется не совсем правильным относить головные боли к «физическим» симптомам, т.к. пациентки, страдающие циклическими головными болями в лютеиновую фазу цикла, полностью соответствуют критериям DSM-IV для постановки диагноза ПМС. В этих случаях крайне важно провести дифференциальную диагностику между цефалгической формой ПМС и менструальной мигренью. Очень часто возникает путаница в применении терминов *менструальная мигрень* и *цефалгическая форма предменструального синдрома*. На наш взгляд, цефалгическая форма предменструального синдрома – понятие более широкое, нежели менструальная мигрень в «чистом виде»: это всегда комплекс симптомов, а головная боль является лишь одним из них наряду с психовегетативными, эмоционально-психическими проявлениями, паническими атаками.

Мигрень относится к числу достаточно распространенных типов головной боли (ГБ). У женщин мигрень встречается в 3 раза чаще (в репродуктивном возрасте примерно у 27% женщин), чем у мужчин, и превышает частоту таких заболеваний, как сахарный диабет, остеоартрит и бронхиальная астма. Более чем у 50% женщин заболевание возникает впервые до 20 лет, нередко в период полового созревания. Как правило, обращаемость к врачам по поводу мигрени увеличивается в 20-25 лет и остается на этом уровне примерно до 40-летнего возраста. На частоту и характер проявлений

заболевания оказывают значительное влияние гормональные изменения, происходящие в динамике менструального цикла, в процессе беременности, в перименопаузе, при приеме комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Помимо резкого снижения качества жизни, мигрень имеет важное медико-социальное значение, поскольку у женщин, страдающих определенными ее формами, в возрасте после 45 лет увеличивается риск ишемического инсульта (3, 4, 6, 7).

Менструальная мигрень. Согласно определению Международного общества по головным болям (12), менструальная мигрень (ММ) – это мигрень без ауры, которая подразделяется на две подгруппы:

1) «истинная ММ» – приступы ГБ возникают исключительно в перименструальные дни (за 2 дня до менструации и первые три дня после ее начала);

2) «мигрень, связанная с менструацией» – в 2/3 менструальных циклов приступы ГБ возникают в перименструальные дни, но могут отмечаться и в остальные дни цикла.

В популяции головные боли, связанные с менструальным циклом, встречаются примерно в 3% случаев, но среди женщин, страдающих мигренью, этот процент гораздо выше и достигает 35-51% (3, 4). Вероятно, именно эта форма мигрени практически совпадает с понятием *цефалгическая форма ПМС*.

В настоящее время патогенез ПМС представляется как результат взаимодействия между циклическими изменениями уровней яичниковых стероидов, центральными нейротрансмиттерами (серотонином, β-эндорфином, ГАМК) и вегетативной нервной системой, ответственной за развитие «соматических симптомов» (8).

К факторам риска возникновения ПМС относят:

- наследственность;
- психо-вегетативные нарушения, связанные с нейроэндокринными изменениями в пубертатном (нервная анорексия или булимия)

и послеродовом (послеродовая депрессия) периодах;

- вирусные инфекции;
- частые смены климатических зон (отдых «из зимы в лето» и наоборот);
- стрессовые ситуации;
- ожирение;
- инсулинорезистентность;
- прием алкоголя;
- дефицит кальция, магния;
- дефицит витамина В₆;
- погрешности в диете (злоупотребление соленой, жирной, острой пищей, кофе) (3, 5, 8, 13, 16, 18, 21).

Диагностика ПМС прежде всего включает ежедневную регистрацию симптомов в течение как минимум двух последовательных менструальных циклов. Это позволяет не только выявить взаимосвязь симптомов с динамикой менструального цикла, что важно для уточнения диагноза, но и определить, какие из них являются субъективно наиболее тяжелыми для пациентки.

Механизмы возникновения приступа мигрени крайне сложны и включают сосудистый, нервный и эндокринный компоненты. Сосудистые нарушения проявляются в резком сужении сосудов и уменьшении на 20-60% мозгового кровотока в безболевого периоде (предвестники или аура) и расширении преимущественно некоторых ветвей наружной сонной артерии в болевой фазе, когда через «порозную» сосудистую стенку в околососудистое пространство проникают местные «болевы» вещества: субстанция P, брадикинин, простагландины и др.

Причина нарушения центральной нервно-сосудистой регуляции – изменение обмена важнейших нейротрансмиттеров мозга, осуществляющих связь между нервными клетками (норадреналин и особенно серотонин), а также опиоидных пептидов и других биологически

активных веществ, влияющих как на функцию сосудов, так и на остроту восприятия боли. Как правило, при мигрени отмечается снижение порога болевой чувствительности. Большинство авторов указывают на наследственную предрасположенность к этому заболеванию, поскольку у 50-60% больных родители страдали истинной мигренью или различными формами вегетативно-сосудистых нарушений (1). Центральная нейроваскулярная дисрегуляция проявляется в развитии эндотелиальной дисфункции, нарушении метаболизма важнейших моноаминов мозга (особенно, серотонина) и эндогенной опиоидной системы и др. На эти механизмы половые гормоны оказывают выраженное модулирующее воздействие (15, 16, 17, 22).

По-видимому, головные боли по типу мигрени при ПМС являются результатом «неадекватного» ответа ЦНС на «нормальные» сдвиги уровней половых гормонов, поскольку не было выявлено отличий в абсолютных значениях половых гормонов по сравнению с женщинами, страдающими мигренью, не связанной с менструальным циклом. В ряде работ, проведенных еще в 70-е годы прошлого века, было убедительно показано, что именно снижение уровня эстрогенов в поздней лютеиновой фазе (менее 45-50 пг/мл) является начальным звеном в цепи других нейрогуморальных сдвигов и играет роль пускового фактора приступа головных болей по типу мигрени. Внутримышечное введение эстрогенов (но не прогестерона) непосредственно перед началом менструации, а также назначение эстрогенов в виде пластыря или геля в перименструальные дни ча-

сто купирует приступ головных болей по типу мигрени (1, 3, 15).

Безусловно, резкое снижение уровня эстрогенов не является единственным патогенетическим звеном головных болей по типу мигрени.

С появлением методов определения секреции простагландинов господствующей теорией цефалгии при ПМС, как и дисменореи, стала теория простагландиновых нарушений. Поскольку простагландины являются универсальными тканевыми гормонами, которые синтезируются практически во всех органах и тканях, нарушение их синтеза проявляется множеством различных симптомов. Так, дефицит простагландина E_1 может клинически проявляться депрессией, а избыток его может привести к аффективным расстройствам. В то же время влиянием простагландина E_2 объясняют патогенез головных болей по типу мигрени у женщин, страдающих ПМС, так как он сокращает интракраниальные и расширяет экстракраниальные сосуды (3, 4).

Простагландины (ПГ) – производные полиненасыщенных жирных кислот. Основным предшественником ПГ является арахидоновая кислота, из которой под влиянием энзима циклооксигеназы (ЦОГ1 и 2) образуются простагландины, простаглицлины и тромбоксан (4, 15).


ПГ известны не только как стимуляторы сократительной деятельности миомерия, но и как мощные вазоконстрикторы (ПГФ 2α) и вазодилататоры (ПГЕ2).

ПГ могут действовать и как гормоны: с током крови достигают сосудов и гладкой мускулатуры разных органов, вызывая в них спастические сокращения (спастические головные боли – мигрень, диарею,

тошноту, рвоту). У 25-30% женщин головные боли сочетаются с дисменореей, тошнотой и рвотой (4).

В последние годы появились убедительные данные, что, помимо ЦОГ1 и 2, существенный вклад в генез болевого синдрома может вносить другой фермент – липоксигеназа, служащая источником образования новой группы биологически активных веществ с еще более мощными констриктивными свойствами – это лейкотриены В4, С4, D4, E4 (1, 3, 4, 18).

Уровень простагландинов в слизистой оболочке матки на протяжении второй (лютеиновая) фазы цикла увеличивается в 3 раза (максимальная концентрация отмечается в первые 48 часов менструации). Большое количество простагландинов, поступающих в кровотоки в этот период, участвуют в реализации приступа мигрени, приводят к появлению таких симптомов, как тошнота и рвота, болезненные сокращения матки. Поэтому менструальная мигрень часто сочетается с болезненными менструациями (1). Полагают, что снижение уровня половых гормонов в перименструальный период (поздняя лютеиновая и ранняя фолликулиновая фазы), а также повышение концентрации ПГ играют одну из ведущих ролей в патогенетических механизмах головной боли по типу мигрени и повышают чувствительность организма к воздействию провоцирующих факторов. Появление мигрени с менархе, наличие головной боли по типу мигрени при предменструальном синдроме в репродуктивном возрасте, развитие выраженных вазомоторных симптомов в перименструальной фазе и постменопаузе свидетельствуют о повышенной «чувствительности» таких женщин к изменению уровня половых гормонов (1).

При обследовании пациенток с ПМС нужно помнить, что некоторые соматические и психические заболевания обостряются в предменструальные дни, поэтому следует проводить дифференциальную диагностику со следующими заболеваниями (2, 5): 

ПМС резко снижает качество жизни за счет уменьшения работоспособности женщины, ухудшения социальной активности, возникновения конфликтных ситуаций в семье, включая сексуальные отношения. У пациенток с ПМС в 9 раз снижается производительность труда, учащаются прогулы, конфликтные ситуации с партнерами по работе и в семье.

Зинаксин с Омега-3



Защита при воспалении

- **Зинаксин с Омега-3** - это комбинация натуральных компонентов: экстрактов 2-х видов имбиря и Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот
- Активные компоненты **Зинаксина** обеспечивают противовоспалительное действие и улучшают клеточный метаболизм
- **Зинаксин с Омега-3** производится по технологии направленного действия **liposar** для оптимальной доставки и усвоения компонентов



Технология направленного действия в очаге воспаления

Подробности на сайте www.zinaxin.ru

Информация предназначена для врачей, провизоров, фармацевтов.
Биологически активная добавка, не является лекарственным средством.
Св-во о гос.рег-ции №77.99.23.3.У.2824.3.05 от 21.03.2005г. Реклама.

Ferr^osan

- психические заболевания (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения, эндогенная депрессия);
- хронические заболевания почек;
- классическая мигрень, опухоли головного мозга, арахноидит (особенно головная боль по типу мигрени и при цефалгической форме ПМС);
- пролактин-секретирующая аденома гипофиза;
- кризовая форма гипертонической болезни;
- феохромоцитомы;
- заболевания щитовидной железы.

Диагностика ПМС прежде всего включает ежедневную регистрацию симптомов в течение как минимум двух последовательных менструальных циклов. Это позволяет не только выявить взаимосвязь симптомов с динамикой менструального цикла, что важно для уточнения диагноза, но и определить, какие из них являются субъективно наиболее тяжелыми для пациентки. Специальная карта-опросник может быть подготовлена самой пациенткой, где она перечисляет (по вертикальной оси) все симптомы, которые обычно наблюдаются в течение менструального цикла, а по горизонтальной оси – их выраженность по 4-балльной системе (0 баллов – нет симптома, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен, вызывает резкий дискомфорт и/или негативно влияет на повседневную жизнь) в каждый из дней цикла. Согласно общепринятым критериям, диагноз ПМС можно поставить при наличии у женщины не менее пяти

из перечисленных в DSM-IV симптомов, из которых хотя бы одним является депрессия, тревожность, лабильность настроения или раздражительность. Кроме того, необходимо, чтобы эти симптомы определялись не менее чем в двух последовательных менструальных циклах, нарушали привычный образ жизни и работоспособность и при этом не являлись следствием эндогенных психиатрических расстройств (17).

ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозная терапия ПМС назначается только после постановки диагноза на основании оценки наличия и интенсивности соматических и психологических симптомов (по ежедневным дневникам) и в случае, если простые поведенческие меры неэффективны (3, 5, 8, 15, 20).

Общие принципы терапии ПМС:

- доказать цикличность заболевания;
- выделить лидирующие симптомы и доказать их связь с менструальным циклом:
 - **головные боли;**
 - отеки;
 - панические атаки;
 - эмоционально-психические нарушения;
 - психо-вегетативные изменения.
- Принципы поведенческой терапии:
 - подробное информирование пациентки относительно характера ее заболевания и необходимости вести ежедневно дневник симптомов;
 - изменение стиля жизни (соблюдение режима труда и отдыха, уме-

ренные регулярные физические упражнения, умение адекватно справляться со стрессовыми воздействиями, сбалансированное питание, ограничение соли, шоколада, кофеина, молочных продуктов, алкоголя во II фазе цикла).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Основные требования к медикаментозной терапии заключаются в следующем:

- препараты должны изменять или выключать менструальный цикл, блокируя овуляцию (патогенетическая терапия);
- в последние годы многие авторы рассматривают ингибиторы обратного захвата серотонина как вариант патогенетической терапии (13, 15, 17, 21);
- препараты должны быть эффективны в отношении наиболее беспокоящих симптомов (головных болей, отечности, масталгии/мастодинии, депрессии, панических атак и др.) (симптоматическая терапия) (8).

В медикаментозной терапии нуждаются не более 5% женщин с тяжелой формой ПМС (3, 8, 15, 20).

Лечение головной боли по типу мигрени при ПМС часто начинают с симптоматической терапии, которую можно разделить на две части:

- 1) купирование уже начавшейся атаки головной боли;
- 2) профилактические мероприятия в межприступный период.

У большинства пациенток с головной болью по типу мигрени лечение сводится к купированию приступов. При выборе конкретной лекарственной формы для купирования головной боли по типу мигрени обычно начинают с нестероидных противовоспалительных препаратов (Ибупрофен, Диклофенак, Индометацин, Напроксин и др.). Последние обладают местным (торможение медиаторов боли на уровне окончания чувствительных нервов) и центральным действием, ингибируя фермент циклооксигеназу, они угнетают синтез ПГ в центральных нейрональных синапсах, участвующих в передаче

В настоящее время имеются растительные препараты, которые можно рассматривать как альтернативу нестероидным противовоспалительным средствам. Альтернативой в лечении пациенток с менструальной мигренью является препарат Зинаксин с Омега-3, разработанный на основе лекарственных растений (двух экстрактов имбиря) и обладающий противовоспалительным, обезболивающим действием без ряда побочных эффектов, присущих НПВС.

ноцицептивных (болевых) импульсов (3, 4, 5).

Учитывая, что головные боли при цефалгической форме ПМС начинаются приблизительно в одно и то же время в каждом цикле, в качестве профилактической терапии можно рассматривать назначение нестероидных противовоспалительных средств за 2-3 дня до предполагаемого развития головных болей, включая первые дни менструального цикла. При этом мощное местное воздействие препаратов способствует также купированию дисменореи и уменьшению кровопотери. Подобное лечение проводится не менее 3-6 менструальных циклов. Полагают, что именно профилактическое назначение НПВС имеет выраженный последующий лечебный эффект (3, 4, 5).

Механизм действия нестероидных противовоспалительных средств связан с воздействием на циклооксигеназу (ЦОГ1 и ЦОГ2) (6).

Необходимость длительного приема НПВС связана с риском развития целого ряда побочных действий (6). К ним относятся: влияние на желудочно-кишечный тракт (диспепсии, эрозии, язвенные кровотечения, перфорации); геморрагический синдром; бронхоспазм; токолитический эффект; нефротоксичность; гепатотоксичность; гематотоксичность.

В настоящее время имеются растительные препараты, которые можно рассматривать как альтернативу НПВС. Альтернативой в лечении пациенток с менструальной мигренью является препарат Зинаксин с Омега-3, разработанный на основе лекарственных растений (двух экстрактов имбиря) и обладающий противовоспалительным, обезболивающим действием без ряда побочных эффектов, присущих НПВС (6).

История использования имбиря в народной медицине при различных заболеваниях насчитывает более 3000 лет.

Областями его применения являются заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы (при которых

эффект сопоставим с аспирином), пищеварительной системы (изжога, тошнота, в том числе и у беременных, метеоризм, запоры, улучшение функции печени), дыхательной системы (кашель, бронхит, синусит, ОРЗ). Крайне интересным является возможность применения Зинаксина с Омега-3 в качестве аналога НПВС при головных болях, подобных менструальной мигрени (цефалгической форме ПМС) и дисменорее, сочетание которых при ПМС является весьма частым.

Механизм действия экстракта имбиря заключается в угнетении ЦОГ2 и 5-липооксигеназы (ЛОГ), что проявляется уменьшением синтеза простагландинов, простаглицлинов, тромбоксана и лейкотриенов. В отличие от большинства НПВП неселективного действия имбирь не угнетает ЦОГ1. Таким образом, он лишен нежелательных лекарственных реакций, связанных с ее блокадой (неблагоприятное влияние на желудочно-кишечный тракт) (6). Особый интерес для лечения и профилактики головных болей при ПМС как изолированно, так и в сочетании с дисменореей, представляет сочетание имбиря с омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (омега-3 ПНЖК).

Омега-3 ПНЖК, входящие в состав Зинаксина с Омега-3, дополняют действие экстракта имбиря:

- обладают синергизмом с экстрактом имбиря и потенцируют его действие;
- улучшают внутриклеточный метаболизм, способствуют быстрому проникновению активных противовоспалительных средств внутрь клетки;
- повышают усвоение кальция и магния клетками, обеспечивая их транспорт через мембраны, что очень важно при головных болях, подобных менструальной мигрени;
- омега-3 ПНЖК обладают противовоспалительным действием, так как являются тканевыми предшественниками противовоспалительных тканевых медиаторов и ингибируют синтез циклооксигеназы и липооксигеназы;

- улучшают антиоксидантное действие имбиря;

- способствуют снижению уровня ЛПНП и триглицеридов крови, а также в сочетании с омега-3 снижают уровень тромбоксана с последующим снижением агрегации тромбоцитов и уменьшением вязкости крови (6).

Нами проведено открытое клиническое рандомизированное исследование в параллельных группах эффективности и безопасности препарата Зинаксин с Омега-3 в сравнении с нестероидным противовоспалительным средством Ди-

Особый интерес для лечения и профилактики головных болей при ПМС как изолированно, так и в сочетании с дисменореей, представляет сочетание Зинаксина с Омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами. Омега-3 ПНЖК, входящие в состав Зинаксина, дополняют действие экстракта имбиря.

клофенак у женщин с головными болями по типу мигрени при цефалгической форме предменструального синдрома. В исследование включены 40 пациенток с головными болями по типу мигрени, появляющихся за 7-10 дней до менструации и исчезающими с началом менструации. Пациентки разделены методом случайной выборки на две группы по 20 человек в каждой, сопоставимые по возрасту и клинической картине заболевания. Средний возраст их составил $36,5 \pm 9,9$ лет (от 18 до 50 лет).

Пациентки **I группы** получали нестероидный противовоспалительный препарат Диклофенак 50 мг 2 раза в день перорально за 1-2 дня до появления симптомов и до 2-3 дня менструации 3 менструальных цикла.

Пациентки **II группы** получали Зинаксин с Омега-3 по 1 капсуле 2 раза в день за 1-2 дня до появления головных болей и до 2-3 дня



Новый лекарственный комплекс Зинаксин с Омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами является альтернативой нестероидным средствам для лечения и профилактики головной боли по типу мигреней при ПМС, практически лишен побочных действий, характерных для НПВС, и может полностью заменить НПВС в лечении ГБ по типу мигреней при цефалгической форме ПМС, а также дисменореи в клинической практике.

менструации также 3 менструальных цикла.

При оценке интенсивности головных болей (балльная оценка симптомов и динамика ВАШ) на фоне приема Диклофенака установлено, что при тяжелой форме ГБ по типу мигреней при предменструальном синдроме (исходно $8,5 \pm 1,5$ балла) интенсивность болей уменьшилась максимально уже после первого цикла лечения и соответствовала 2 баллам, через два и три месяца – 1 баллу, что практически означало отсутствие головных болей.

У пациенток со средней степенью тяжести ГБ интенсивность симптомов с 5 баллов снизилась до 2 баллов после первого и второго месяцев лечения и до 1 балла к третьему месяцу лечения.

Аналогичная динамика отмечена при лечении Зинаксином с

Омега-3: при тяжелой форме ГБ по типу мигреней интенсивность ГБ после первого месяца лечения снижалась с 8,5 до 2 баллов, после второго и третьего курсов лечения ГБ купировались. При средней степени тяжести ГБ интенсивность их снизилась с 5 до 2 баллов после одного курса лечения, а после второго и третьего курсов – ГБ также не отмечались.


При анализе ВАШ у пациенток с тяжелой формой ГБ ее значения уменьшились с 7 см при тяжелой форме ГБ и 4,2 см при средней степени тяжести через 1-3 месяца лечения Зинаксином с Омега-3 и Диклофенаком до 0,9 см.

Произведена оценка интенсивности других симптомов ПМС на фоне лечения Зинаксином с Омега-3 и Диклофенаком. При этом сопутствующая дисменорея, тошнота и рвота с 7,2 баллов до лечения

уменьшилась до 0-3 баллов после третьего курса лечения, что свидетельствует о схожем генезе ГБ по типу мигреней при ПМС и дисменорее.

Побочные эффекты Диклофенака и Зинаксина с Омега-3 значительно различались: единственным побочным эффектом Зинаксина с Омега-3 явилась отрыжка имбирем у 5 (25%) больных, не соблюдавших правила приема препарата. При переходе на правильный прием (до еды, с достаточным количеством воды) указанный побочный эффект не возобновлялся.

При приеме Диклофенака у 9 (45%) пациенток отмечалась выраженная диспепсия, боли в желудке, изжога, что требовало перехода на локальные формы Диклофенака – свечи ректально 50 мг в день.

Таким образом, новый лекарственный комплекс Зинаксин с Омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами является альтернативой нестероидным средствам для лечения и профилактики головной боли по типу мигреней при ПМС, практически лишен побочных действий, характерных для НПВС, и может полностью заменить НПВС в лечении ГБ по типу мигреней при цефалгической форме ПМС, а также дисменорее в клинической практике. 

Литература

- Ильина Л.М. Мигрень женского рода // Качество жизни. Профилактика. 2004; 7: 15-17.
- Комарова Ю.А. Предменструальный синдром // Дисс. ... канд. мед. наук. М. 1987; 185 с.
- Корушина О.В., Ткаченко Л.В. Цефалгии при предменструальном синдроме // Лекарственный вестник. 2006; 6: 55-60.
- Лебедев В.А., Буданов П.В., Пашков В.М. Современные подходы к лечению первичной дисменореи // Трудный пациент. 2008.
- Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Предменструальный синдром // Неоперативная гинекология. М., 2005. С. 347-363.
- Ших Е.В., Еременко Н.Н. Препараты природного происхождения как альтернативный путь терапии болевого синдрома в ревматологии // Вопросы современной педиатрии. 2008; Т. 7 №1: 64-66.
- Шток В.Н. Головная боль; патогенетические типы и подходы к патогенетической терапии // Русский медицинский журнал.
- Backstrom T., Andean L., Birznie V. et al. The role of hormones and hormonal treatments in premenstrual syndrome // CNS Drugs. 2003; 17; 5: 325-342.
- Borenstein J.E., Dean B.B., Endicott J. et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. J. Reprod. Med. 2003; 48: 515-524.
- Chawla A., Swindle R., Long S. et al. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? Med Care 2002; 40: 1101-1112.
- Campbell E.M., Peterkin D., O'Grady K. et al. Premenstrual symptoms in general practice patients. Prevalence and treatment. J. Reprod. Med. 1997; 42: 637-646.
- Classification committee of international headache society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain cephalgia. 1988; 8 (Suppl. 1.7): 1-90.
- Gruber C.J., Huber J.C. Differential effects of progestins on the brain // Maturitas. 2003; 46; (Suppl. 1): 71-75.
- Halbreich U., Backstrom T., Eriksson E. et al. Gynecological Endocrinology, 2007; 23(3): 123-130.
- Milewicz A., Jdrzejuk D. Premenstrual syndrome: From etiology to treatment // Maturitas. 2006; 55; (Suppl. 1): 47-54.
- Monteleone P., Luisi S., Tonetti A. et al. Allopregnanolone concentrations and premenstrual syndrome // Eur. J. Endocrinol. 2000; 142; 3: 269-273.
- Mortola J. Premenstrual syndrome pathophysiological considerations // N. Engl. J. Med. 1998; 338: 256-257.
- Perry D.L., Miles D., Boruss K. et al. Premenstrual symptomatology and alcohol consumption in college women // J. Stud. Alcohol. 2004; 65; 4: 464-468.
- Peters F. Clinical Significance of serum prolactin levels in cyclic mastalgia // In: An update of cyclic mastalgia / Ed. F. Peters. New Jersey: Parthenon Publishing Group. 1988: 31-34.
- Prilepskaya V.N., Ledina A.V., Tagiyeva A.V., Revazova F.S. Vitex agnus castus: Successful treatment of moderate to severe premenstrual syndrome // Maturitas. 2006; 55; (Suppl. 1): 55-63.
- Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder // Psychoneuroendocrinology. 2003; 28: 39-53.
- Wuttke W., Jarry H., Christoffel V. et al. Chaste tree (Vitex agnus castus) – pharmacology and clinical indications // Phytomedicine. 2003; 10: 348-357.