

## **Клинические рекомендации – Предменструальный синдром – 2024-2025-2026 (16.10.2024) – Утверждены Минздравом РФ**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N94.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 797

По состоянию на 16.10.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

### **Разработчик клинической рекомендации**

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

### **Список сокращений**

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ГАМК – гамма-аминомасляная кислота

ГГТ – гамма-глутамилтранспептидаза

ГГЯО – гипоталамо-гипофизарно-яичниковая ось

ГнРГ – гонадотропин-релизинг гормон (по АТХ – Аналоги гонадотропин-релизинг гормона)

ДЭРА – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (по НМУ – Рентгеноденситометрия)

ЗГТ – заместительная гормональная терапия

КОК – комбинированные оральные контрацептивы (по АТХ – Гестагены и эстрогены (фиксированные комбинации))

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ЛНГ-ВМС – левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система

МЦ – менструальный цикл

МПК – минеральная плотность кости

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства (по АТХ – Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты)

ПМДР – предменструальное дисфорическое расстройство

ПМР – предменструальное расстройство

ПМС – предменструальный синдром

СИОЗС (по АТХ – N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ЦНС – центральная нервная система

BI-RADS – Breast Imaging Reporting and Data System

### **Термины и определения**

ПМР – предменструальное расстройство – представляет собой нейроэндокринное расстройство, включающее предменструальный синдром (ПМС) и предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР) [1]

ПМС – рекуррентное  $\geq 2$ -3 последовательных менструальных циклов (МЦ) расстройство, развивающееся в лютеиновую фазу МЦ и прекращающееся/ослабевающее после начала

менструации. Данное расстройство характеризуется соматическими, психоэмоциональными, когнитивными и поведенческими (аффективными) симптомами, которые негативно отражаются на качестве жизни и социальной активности женщины [1].

ПМДР – это вид депрессивного расстройства, который характеризуется циклическими, зачастую тяжелыми и приводящими к нетрудоспособности изменениями аффекта, такими как эмоциональная лабильность, раздражительность, дисфория и тревожность. Клинические симптомы ПМДР развиваются в лютеиновую фазу цикла и прекращаются/ослабевают после начала менструации [2], [3], [4].

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

### **1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

ПМС – рекуррентное ( $\geq 2$ -3 последовательных МЦ) расстройство, развивающееся в лютеиновую фазу МЦ и прекращающееся/ослабевающее после начала менструации. Данное расстройство характеризуется соматическими, психоэмоциональными, когнитивными и поведенческими (аффективными) симптомами, которые негативно отражаются на качестве жизни и социальной активности женщины [1]

ПМДР – это вид депрессивного расстройства, который характеризуется циклическими, зачастую тяжелыми и приводящими к нетрудоспособности изменениями аффекта, такими как эмоциональная лабильность, раздражительность, дисфория и тревожность. Клинические симптомы ПМДР развиваются в лютеиновую фазу цикла и прекращаются/ослабевают после начала менструации [2], [3], [4].

### **1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

На сегодняшний день этиология и патофизиология ПМС остается не до конца ясной. При ПМС отсутствует какая-либо органическая патология как причина развития заболевания. Основная теория развития ПМС – неадекватная реакция центральной нервной системы (ЦНС) на физиологические колебания уровня половых гормонов вследствие дисфункции нейромедиаторных систем, серотонина и гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) [5], [6].

Установлено, что симптомы ПМС отсутствуют до наступления менархе, во время беременности и в постменопаузе [7]. Не доказана взаимосвязь ПМС с определенным уровнем гормонов, поскольку исследования показали, что уровни эстрогенов и прогестерона значимо не различались у женщин с ПМС и без него [8].

Теория нарушения обмена нейромедиаторов в ЦНС предполагает, что снижение уровня эстрогенов в поздней лютеиновой фазе МЦ может вызвать или усугубить нарушение регуляции обмена серотонина [6], [7]. В ряде исследований выявлены более низкие уровни серотонина в тромбоцитах крови у пациенток с ПМС [9], [10], [11]. Эта теория подтверждается ролью серотонина в патофизиологии других психоэмоциональных расстройств (в том числе депрессии и повышенной тревожности), и доказанной эффективностью антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (по АТХ – Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) в лечении ПМС [12].

Считается, что ПМС может быть связан с воздействием прогестерона и его метаболита аллопрегнанолон на ГАМК-ергическую систему. Аллопрегнанолон – это нейроактивный стероид, который обладает антидепрессивным, анксиолитическим эффектами, а также способностью усиливать седативное воздействие ГАМК на ЦНС [13], [14]. Женщины с ПМС могут иметь повышенную чувствительность к физиологическим изменениям уровня аллопрегнанолон в

лютеиновой фазе МЦ, а также испытывать "эффект отмены", что приводит к появлению различных психоэмоциональных симптомов [15]. Введение препаратов аллопрегнанолона связано с уменьшением симптомов ПМДР [15], [16], [17], [18]. Препараты СИОЗС (по АТХ – N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) моделируют уровни аллопрегнанолона [19], [20], что объясняет их быстрый терапевтический эффект [21].

### **1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

До 90% женщин репродуктивного возраста когда-либо отмечали хотя бы один симптом ПМС [22]. Из них 20-30% испытывают симптомы, соответствующие критериям ПМС [23], [24], и от 2 до 8% [25] женщин имеют тяжелые симптомы, соответствующие диагностическим критериям ПМДР [2].

В исследованиях было показано, что многие женщины с ПМС не получают эффективной медицинской помощи из-за того, что не обращаются к врачу, либо обращаются, но лечение не приводит к достоверному облегчению симптомов [26], [27].

### **1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

N94.3 – Синдром предменструального напряжения

### **1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

При ПМС циклические симптомы негативно влияют на качество жизни женщины, однако существенно не ограничивают ее повседневную активность (физическую, социальную).

Наиболее тяжелые проявления ПМС в 1994 г выделены Американской психиатрической ассоциацией в отдельную нозологическую единицу – "предменструальное дисфорическое расстройство" (ПМДР) [2]. При ПМДР симптомы значительно влияют на качество жизни и ограничивают повседневную активность.

ПМС на основании этиопатогенеза и клинических проявлений делится на основную и варианты формы [28].

Основная форма ПМС представлена типичными поведенческими и психоэмоциональными и/или физическими симптомами, возникающими в лютеиновую фазу МЦ и разрешающимися/существенно ослабевающими с наступлением или в первые дни менструации. При этом количество и спектр симптомов не имеют значения для постановки диагноза. Наличие симптомов во время менструации не исключает диагноз ПМС, однако для диагностики обязательным является бессимптомный период между менструацией и серединой МЦ/примерным временем овуляции.

Вариантные формы ПМС включают в себя:

- предменструальное обострение основного заболевания
- ПМС в результате активности яичников, не связанной с овуляцией
- ПМС при отсутствии менструаций
- прогестаген-индуцированный ПМС [28], [3].

В случае предменструального обострения основного заболевания (такого, например, как депрессия, эпилепсия, мигрень и пр.) симптомы могут наблюдаться во время всего МЦ, однако они становятся более интенсивными в лютеиновую фазу.

ПМС в результате активности яичников, не связанной с овуляцией, наблюдается у женщин

без овуляции. Механизм возникновения этого типа вариантной формы ПМС недостаточно изучен.

ПМС в отсутствие менструаций наблюдается у женщин после гистерэктомии с сохранением яичников, абляции эндометрия, а также при использовании левоноргестрел-высвобождающая внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС – Левоноргестрел (внутриматочная терапевтическая система)).

Прогестаген-индуцированный ПМС является ятрогенной формой ПМС, при которой овуляция у женщины отсутствует или угнетена, но введение экзогенного прогестагена провоцирует появление ПМС-подобных симптомов [28], [3].

## **1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Проявления ПМС разнообразны и могут встречаться в различных сочетаниях [29], [30]. Характер и интенсивность симптомов индивидуальны для каждой женщины и переменны от цикла к циклу. Интенсивность симптомов зависит от физического и психоэмоционального состояния женщины в конкретный период времени [31].

Симптомы ПМС условно делят на:

1) психологические и поведенческие симптомы (колебания настроения, депрессивное настроение, плаксивость, усталость, слабость, раздражительность, тревога, снижение когнитивных функций, агрессия, гнев, нарушение сна, повышение аппетита)

2) физические симптомы (болезненность молочных желез, вздутие живота, тошнота, прибавка массы тела, отеки, сыпь на коже, головные боли, боли в спине, тахикардия, жажда, озноб, одышка, нарушение координации движения, не связанное с мышечной слабостью и др.).

Выделяют 6 симптомов, наиболее патогномичных для ПМС: беспокойство/напряженность, колебание настроения, болевые ощущения внизу живота, отсутствие аппетита, судороги и уменьшение интереса к повседневным занятиям [32].

3) атипичные симптомы (гипертермия, циклические тяжелые аллергические реакции, язвенный гингивит и стоматит, циклическая "бронхиальная астма", неукротимая рвота и др.)

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Для диагностики ПМС используют следующие критерии:

1) наличие одного и более симптомов ПМС (физических, психоэмоциональных или поведенческих)

(2) симптомы развиваются только в лютеиновую фазу МЦ

(3) негативное влияние симптомов на качество жизни пациентки, без существенного ограничения ее повседневной активности (физической, социальной) [33].

К диагностическим критериям тяжелого ПМС (ПМДР) относят [34]:

А: В большинстве менструальных циклов как минимум пять симптомов должны присутствовать в последнюю неделю перед началом менструации, снижаться за несколько дней после начала менструации и становиться минимальными или исчезнуть в течение недели после менструации.

В: Должен присутствовать один (или несколько) из следующих симптомов:

- Выраженная эмоциональная лабильность (например, перепады настроения; внезапное чувство грусти, плаксивость).

- Выраженные раздражительность/гнев/повышенная конфликтность в межличностных отношениях.

- Выраженные депрессивное настроение, подавленность, чувство безнадежности,

самоуничижение.

- Выраженные тревога, беспокойство, напряжение и/или нервозность.

С: Дополнительно должен присутствовать один (или более) из следующих симптомов, чтобы в общей сложности с симптомами из **критериев В** достигать пяти:

- Снижение интереса к обычной деятельности (например, на работе, в школе, с друзьями, к увлечениям/хобби).

- Субъективные трудности с концентрацией внимания.

- Легкая утомляемость или выраженный недостаток энергии.

- Нарушения пищевого поведения (изменение аппетита; переедание; или тяга к определенным продуктам питания).

- Сонливость или бессонница.

- Ощущение перегруженности.

- Физические симптомы, такие как болезненность или нагрубание молочных желез, боль в суставах или мышцах, метеоризм или увеличение массы тела.

Примечание. Симптомы, указанные в **критериях А-С**, должны наблюдаться в большинстве менструальных циклов за последние 12 месяцев.

D: Симптомы связаны с клинически значимым дистрессом или являются помехами для обычной социальной деятельности или в отношениях с другими людьми.

E: Симптомы не являются проявлением обострения другого расстройства (например, депрессии или панического расстройства, а также расстройства личности).

F: **Критерий А** должен быть подтвержден проспективными ежедневными оценками в течение как минимум двух менструальных циклов.

Примечание: диагноз может быть поставлен до подтверждения.

G: Симптомы не связаны с действием какого-либо лекарственного препарата/алкоголя и не связаны с другим заболеванием (например, гипертиреоз).

ПМС – диагноз исключения, который может быть установлен после исключения других возможных причин предменструальных симптомов.

Дифференциальная диагностика ПМС проводится с различными психическими расстройствами. В отличие от ПМС большинство хронических психиатрических расстройств проявляются на протяжении всего МЦ, в то время как клинические проявления ПМС появляются примерно за 2 недели до начала МЦ и прекращаются/существенно ослабевают с началом менструации [35], [36].

Женщины с ПМДР имеют более высокий риск суицидального поведения [37], [38]. С ПМДР могут быть ассоциированы: расстройство пищевого поведения, сна, а также аддиктивное поведение (повышенное употребление никотина, алкоголя) [39], [40].

При подозрении на ПМДР вопрос о ведении пациентки решается на врачебной комиссии в составе акушера-гинеколога, терапевта, психиатра.

## 2.1. Жалобы и анамнез

- Рекомендуется при расспросе пациентки регистрировать наличие следующих симптомов, повторяющихся в лютеиновую фазу МЦ не менее чем в течение 2-3 последовательных циклов, для диагностики ПМС [1], [41]:

- психологические и поведенческие – депрессивное настроение, перепады настроения, раздражительность, нервозность, тревога, усталость, слабость, снижение когнитивных функций, агрессия, гнев, нарушение сна, повышение аппетита.

- физические – болезненность молочных желез, вздутие живота, тошнота, прибавка массы тела, отеки, кожная сыпь, головные боли, боли в спине, тахикардия, жажда, озноб, одышка,

нарушение координации движения, не связанное с мышечной слабостью.

- атипичные – приступы затрудненного дыхания, неукротимая рвота, повышение температуры тела, изъязвления в полости рта и др.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: для диагностики ПМС следует особое внимание обратить на время возникновения симптомов (регулярное проявление в лютеиновой фазе менструального цикла) и степень их влияния на повседневную жизнь женщины.

В зависимости от клинических проявлений ПМС к обследованию пациенток могут быть привлечены врачи различных специальностей.

- Рекомендуется ведение менструального календаря/дневника симптомов пациенткам с ПМС в течение 2-3 последовательных циклов с целью анализа цикличности симптомов и оценки степени их тяжести [1], [41].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Для постановки диагноза ПМС должен быть проспективно подтвержден циклический характер появления симптомов в лютеиновую фазу цикла и их полное разрешение/существенное улучшение состояния женщины в первые дни менструации.

Ретроспективная оценка симптомов должна использоваться только для постановки предварительного диагноза [41], [42], [35].

- Рекомендуется всем пациенткам проводить тщательный сбор анамнестических данных для выявления заболеваний и состояний, которые могут быть причиной развития вариантных форм ПМС [1].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

## **2.2. Физикальное обследование**

- Рекомендуется всем пациенткам с ПМС проведение стандартного физикального обследования, которое включает визуальный осмотр наружных половых органов, бимануальное влагалищное исследование, визуальный осмотр и пальпацию молочных желез, [44]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется всем пациенткам с ПМС измерение массы тела, роста и вычисление индекса массы тела (ИМТ) для диагностики избыточной массы тела и ожирения [45], [46], [47]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется всем взрослым пациенткам с ПМС измерение окружности талии (ОТ), как ключевого показателя абдоминального/висцерального ожирения [47], [48]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: У женщин с ожирением, низкой физической активностью, ОТ более 80 см, а также повышенным потреблением углеводов и жиров ПМС встречается значительно чаще, чем у женщин с отсутствием этих факторов [48], [49]. Тяжесть симптомов ПМС также зависит от степени потребления жирной пищи и уровня физической активности [50].

## **2.3. Лабораторные диагностические исследования**

Для диагностики ПМС лабораторные исследования не являются специфичными.

## **2.4. Инструментальные диагностические исследования**

Для диагностики ПМС инструментальные исследования не являются специфичными.

- Рекомендовано всем пациентам с ПМС проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) для исключения органической патологии [51].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 4).

## 2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется сбор анамнеза, проведение комплексного обследования женщинам перед назначением КОК (по АТХ – G03AA Гестагены и эстрогены (фиксированные комбинации) и других гормональных препаратов для лечения ПМС (Дидрогестерон\*\* по АТХ G03DB01 Гестагены, Микронизированный прогестерон\*\* по АТХ G03DA04 Прогестерон) с целью выявления противопоказаний к их использованию и/или риска возможных нежелательных явлений.

- ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное);

- комплексное обследование молочных желез: визуальный осмотр, пальпация, рентгеновская маммография в двух проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR (A-D)/УЗИ молочных желез (См. Приложение Г1 [таблица 1](#))

- измерение АД, [52]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется проведение ряда дополнительных обследований перед назначением лечения ПМС женщинам при соответствующих данных анамнеза и показаниях, указывающих на наличие противопоказаний к терапии:

- определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови; молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания) [43]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется женщинам, длительно применяющим агонисты ГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) (более 6 месяцев) ежегодное проведение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости (по НМУ – Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника; Рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости) с целью оценки минеральной плотности кости (МПК) [42]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Аналоги ГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) одобрены для лечения ПМС у взрослых в течение 6 месяцев [53], поскольку более длительное их использование связано с потерей МПК. Если аналоги ГнРГ применяют более 6 месяцев, или повторными курсами (при рецидиве симптомов ПМС) следует назначать монофазную комбинированную эстроген-гестагенную терапию – по АТХ – Гестагены и эстрогены фиксированные комбинации ("add-back" терапию) с целью профилактики потерь МПК и коррекции симптомов дефицита эстрогенов. [54], [55].

## 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

### 3.1. Медикаментозное лечение

Целями лечения ПМС являются: снижение интенсивности физических и

психоэмоциональных симптомов, улучшение качества жизни пациенток. Врач и пациентка должны обсудить различные подходы к терапии, исходя из ее целей, преимуществ и рисков возможных вариантов лечения, а также личных предпочтений пациентки.

Женщинам с тяжелой формой ПМС (ПМДР) для лечения должна быть привлечена многопрофильная команда, состоящая из врача-акушера-гинеколога, врача-терапевта, врача-психиатра [1], [42].

Следует информировать пациентку о том, что лечение ПМС может продолжаться длительно, поскольку отмена терапии может приводить к возобновлению симптомов.

- Рекомендуется назначение дроспиренон-содержащих КОК (по АТХ – G03AA12 Дроспиренон и эстрогены) в качестве первой линии терапии тяжелой формы ПМС у взрослых и девочек-подростков после наступления менархе и установления регулярных менструальных циклов с целью подавления овуляции и предотвращения развития симптомов в лютеиновую фазу МЦ [56], [42], [1], [57], [58], [59], [60], [61], [62].

Для подростков – Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

Для взрослых – Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарий: Механизм положительного влияния КОК на симптомы ПМС связан с подавлением овуляции. В нескольких РКИ КОК, содержащие различные прогестины (по АТХ – Гестагены), продемонстрировали значимое снижение тяжести предменструальных симптомов по сравнению с плацебо.

КОК Дроспиренон 3 мг + Этинилэстрадиол 0,02 мг в одной таблетке в режиме 24 активных таблетки и 4 таблетки плацебо (по АТХ – G03AA12 Дроспиренон и эстрогены) [60] имеет зарегистрированное в РФ показание – лечение тяжелой формы ПМС у женщин после наступления менархе.

КОК Дроспиренон 3 мг + Этинилэстрадиол 0,02 мг + [Кальция левомефолат] 0,451 мг в одной таблетке в режиме 24 активных таблетки и 4 таблетки Кальция левомефолат 0,451 мг (по АТХ – G03AA12 Дроспиренон и эстрогены) имеет зарегистрированное в РФ показание – лечение тяжелой формы ПМС у женщин после наступления менархе [63].

В РКИ было показано, что у взрослых эффективность КОК в отношении депрессивных симптомов ПМС сопоставим с плацебо [57], [56]. У детей эффективность КОК в отношении депрессивных симптомов ПМС не изучалась.

КОК с укороченным до 4-х дней безгормональным интервалом имеют преимущества перед режимом 21/7 при лечении ПМС, поскольку в режиме 24/4 менее выражены (или отсутствуют) симптомы отмены (головная боль, метеоризм и пр.) [64].

Непрерывный режим приема КОК является более предпочтительным для лечения ПМС, чем циклический [65].

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

- Рекомендуется назначение СИОЗС (по АТХ – N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) пациенткам с тяжелыми симптомами ПМС (ПМДР) или с превалированием психоэмоциональных симптомов ПМС в качестве первой линии терапии [1], [42], [12].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий:

Для достижения клинической эффективности обычно требуется от 4 до 8 недель.

С целью лечения ПМС применяют циклический (только в лютеиновую фазу) или непрерывный режим прием СИОЗС с сопоставимой клинической эффективностью [42], [12].

Вопрос о назначении СИОЗС определяется врачебной комиссией с привлечением смежных специалистов.

#Сертралин одобрен у детей и подростков для лечения серьезных депрессивных, панических,

посттравматических стрессовых расстройств и обсессивно-компульсивных состояний с 6 лет, но применение СИОЗС при ПМС тщательно не оценивалось [1]. #Сертралин в дозировке от 50 до 150 мг в день может быть назначен у подростков с ПМС для непрерывной терапии или до 100 мг в день для применения во время лютеиновой фазы с 14-го дня менструального цикла до начала менструации [61], [66]

При назначении СИОЗС подросткам, следует наблюдать за пациентами на предмет появления или обострения суицидальных мыслей или суицидального поведения или того и другого сразу, особенно в течение первых нескольких месяцев после начала лечения и при увеличении или уменьшении дозы лекарства. При появлении суицидальных мыслей следует немедленно прекратить прием препарата и обратиться к детскому и подростковому врачу-психиатру [1].

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

- Рекомендуется использование Прутняка обыкновенного плодов экстракт (По АТХ – G02CX03 Прутняка обыкновенного плоды) для симптоматической терапии предменструальных симптомов у взрослых [67], [1], [68], [69], [70].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Данные систематического обзора показали, что лекарственные препараты на основе Прутняка обыкновенного плодов экстракт превосходят плацебо, #пиридоксин и добавки магния по эффективности лечения симптомов ПМС [71] [72]. В другом исследовании он оказался сравним по эффективности лечения ПМДР с флуоксетином\*\* у взрослых [71]. Лекарственные препараты на основе Прутняка обыкновенного плодов экстракт хорошо переносятся с минимальным количеством побочных эффектов у взрослых [72], [73]. В немногочисленных исследованиях изучено применение #Прутняка обыкновенного плодов экстракт у подростков с 16 лет в режиме: по 30 капель 2 раза в день за 5 дней до менструации в течение 3 циклов или 1 таблетка в день 3 менструальных цикла [74], [72].

Лекарственный препарат Мастодинон плодов экстракт Прутняка обыкновенного применяется у взрослых и детей старше 12 лет в комплексной терапии предменструального синдрома, сопровождающегося мастодинией, напряжением молочных желез, психической лабильностью, запорами, отеками, головной болью/мигренью [75].

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

- Рекомендуется назначение агонистов ГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) женщинам с тяжелыми, рефрактерными симптомами ПМС при неэффективности других видов лечения [42], [1], [54].

Уровень убедительности рекомендаций **B**, уровень достоверности доказательств 1).

Комментарий: с целью профилактики потери МПК и купирования симптомов эстрогенодефицита при лечении агонистами ГнРГ рекомендуется назначать дополнительно монофазную комбинированную эстроген-гестагенную (G03AA Гестагены и эстрогены фиксированные комбинации) "add-back" терапию (трансдермально или перорально, либо #Тиболон (взрослым 2,5 мг, по 1 таблетке в сутки) [76].

Гормональная "add-back" терапия не снижает эффективность агонистов ГнРГ при лечении ПМС [42]. [4], [1]. Агонисты ГнРГ обычно не используют для лечения ПМС у подростков из-за отсутствия данных об эффективности в этой популяции и неблагоприятных долгосрочных последствий для состояния костной ткани [1].

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

- Рекомендуется назначение прогестагенов (по АТХ – Гестагены) в качестве второй линии терапии женщинам с ПМС, имеющим противопоказания к гормональной контрацепции, не нуждающимся в контрацепции, не желающих принимать антидепрессанты/агонисты ГнРГ (АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона), а также пациенткам с олигоменореей [77], [78], [1],

[79].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: В настоящее время данные об эффективности прогестагенов (АТХ – Гестагены) в лечении ПМС противоречивы [77], [78].

В РФ для лечения ПМС взрослым по показанию может быть назначен Дидрогестерон\*\* внутрь по 10 мг 2 раза в сутки с 11-го по 25-й день менструального цикла, микронизированный прогестерон\*\* 200 или 400 мг в сутки с 17 по 26 день менструального цикла. Или дидрогестерон\*\* внутрь по 10 мг 2 раза в сутки в течение последних 14 дней менструального цикла с учетом его длительности, микронизированный прогестерон\*\* 200 или 400 мг в сутки с 17 по 26 день менструального цикла [80], [81], [82].

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

- Рекомендуется назначение #спиронолактона\*\* для коррекции соматических симптомов (отеки, масталгия) ПМС у взрослых и девочек-подростков после наступления менархе [42], [83], [61].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств 2) для взрослых

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5) для подростков

Комментарии: #Спиронолактон\*\* – калий сберегающих диуретик, обладающий антиминералокортикоидным и антиандрогенным эффектом. Назначается взрослым в дозе 100 мг ежедневно с 14 дня МЦ до первого дня следующей менструации [42], [56]. #Спиронолактон\*\* у подростков показал эффективность при болезненности молочных желез и вздутии живота [61]. Назначается подросткам в дозе 100 мг ежедневно с 12 дня менструального цикла до первого дня следующей менструации. Следует контролировать уровень калия и избегать применения у пациентов с нарушением функции почек.

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

- Рекомендуется использование препаратов кальция у взрослых и девочек-подростков (по АТХ А12АА Препараты кальция) для снижения выраженности симптомов ПМС [56], [84], [85], [86], [87], [88].

Уровень убедительности рекомендаций **C**, (уровень достоверности доказательств 3).

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

- Рекомендуется использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (по АТХ – Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) для лечения болевого синдрома у пациенток с ПМС [56], [89], [90].

Уровень убедительности рекомендаций **C**, (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: НПВС (Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) связаны с уменьшением физических предменструальных симптомов (например, спазмов в животе, головных болей), а также уменьшения психоэмоциональных симптомов, как следствие облегчения боли [90].

#Диклофенак в форме геля (2 гр геля, 2,23 мг диклофенака) был эффективен в лечении циклической масталгии по сравнению с плацебо в дозе приблизительно 50 мг на кожу груди каждые 8 часов у взрослых женщин [91]

Назначение НПВС у детей следует проводить в соответствии с клиническими рекомендациями "Дисменорея".

В исследовании по оценке эффективности препарата #Напроксен его применение в дозе 550 мг 2 раза в сутки ежемесячно за 7 дней до менструации с длительностью лечения до 4-го дня МЦ показало свою эффективность, превышающую плацебо у взрослых женщин [92].

Схемы лечения представлены в [Приложении А3](#)

### 3.2. Немедикаментозное лечение

- Рекомендуется консультация психотерапевта и проведение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для лечения психоэмоциональных симптомов ПМС [1], [42]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется модификация образа жизни (регулярные физические нагрузки, диета, ограничение употребления жиров, лечение ожирения) у пациенток с ПМС для уменьшения тяжести физических и психоэмоциональных симптомов

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5).

### 3.3. Хирургическое лечение

- Рекомендуется хирургическое лечение ПМС в виде овариэктомии и/или гистерэктомии с придатками у взрослых женщин с тяжелым ПМС (ПМДР) при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии [1], [4], [42].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: Из-за связанных с данным видом лечения рисков двустороннюю овариэктомию следует назначать взрослым пациенткам с тяжелыми симптомами, не поддающимися медикаментозному лечению [4], пациенткам, которым для купирования симптомов требуется длительная терапия агонистами ГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона), а также пациенткам с тяжелыми симптомами ПМР, у которых есть другие показания к двусторонней овариэктомии [1], [42]. Перед хирургическим вмешательством следует провести "пробную" терапию агонистами ГнРГ в течение 2-3 месяцев (с дополнительной "add-back" терапией или без нее) для прогнозирования ответа на оперативное лечение [1].

### 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендован всем пациенткам осмотр (консультация) врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации [93]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

### 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется поддержание нормального ИМТ, регулярные физические нагрузки, отказ от вредных привычек, чрезмерного употребления алкоголя и кофеин-содержащих продуктов в качестве профилактических мер [1]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

### 6. Организация оказания медицинской помощи

Стационарное лечение не предусмотрено.

### 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Произведен сбор анамнестических данных	Да/Нет
2.	Произведена оценка проспективной регистрации пациенткой симптомов ПМС в течение не менее чем 2-3 последовательных циклов (менструальный календарь/дневник симптомов)	Да/Нет
3.	Произведен визуальный осмотр наружных половых органов и визуальный осмотр ое влагалищное исследование	Да/Нет
4.	Произведен визуальный осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
5.	Произведено измерение окружности талии, вычисление ИМТ	Да/Нет
6.	Произведено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
7.	Произведено: обследование молочных желез: визуальный осмотр, пальпация, рентгеновская маммография в двух проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR (A-D)/УЗИ молочных желез	Да/Нет
8.	Проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДЭРА) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости (по НМУ – Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника; Рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости) с целью оценки минеральной плотности кости (МПК) пациенткам, длительно применяющим агонисты ГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) (более 6 месяцев)	Да/Нет
9.	Назначено медикаментозное/немедикаментозное лечение симптомов ПМС	Да/Нет

**Список литературы**

1. Management of Premenstrual Disorders: ACOG Clinical Practice Guideline No. 7//Obstetrics and Gynecology. – 2023. – Т. 142. – Management of Premenstrual Disorders. – N 6. – С. 1516-1533.
2. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5/C. N. Epperson, M. Steiner, S. A. Hartlage [и др.]//The American Journal of Psychiatry. – 2012. – Т. 169. – Premenstrual dysphoric disorder. – N 5. – С. 465-475.
3. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMD Montreal consensus/P. M. S. O'Brien, T. Bäckström, C. Brown [и др.]//Archives of Women's Mental Health. – 2011. – Т. 14. – Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders. – N 1. – С. 13-21.
4. ISPMD consensus on the management of premenstrual disorders/T. Nevatte, P. M. S. O'Brien, T. Bäckström [и др.]//Archives of Women's Mental Health. – 2013. – Т. 16. – N 4. – С. 279-291.
5. Leminen, H. [PMS and PMDD]/H. Leminen, J. Paavonen//Duodecim; Laaketieteellinen Aikakauskirja. – 2013. – Т. 129. – N 17. – С. 1756-1763.
6. Yonkers, K. A. Evidence-Based Treatments for Premenstrual Disorders/K. A. Yonkers, M. Simoni//American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2018. – Т. 219. – N 2. – С. 215-216.
7. Hantsoo, L. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment/L. Hantsoo, C. N. Epperson//Current Psychiatry Reports. – 2015. – Т. 17. – Premenstrual Dysphoric Disorder. – N 11. – С. 87.

8. Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms Following Ovarian Suppression: Triggered by Change in Ovarian Steroid Levels But Not Continuous Stable Levels/P. J. Schmidt, P. E. Martinez, L. K. Nieman [и др.]//The American Journal of Psychiatry. – 2017. – Т. 174. – Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms Following Ovarian Suppression. – N 10. – С. 980-989.
9. Whole-blood serotonin in premenstrual syndrome/A. J. Rapkin, E. Edelmuth, L. C. Chang [и др.]//Obstetrics and Gynecology. – 1987. – Т. 70. – N 4. – С. 533-537.
10. Reduced platelet tritium-labeled imipramine binding sites in women with premenstrual syndrome/J. F. Steege, A. L. Stout, D. L. Knight, C. B. Nemeroff//American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1992. – Т. 167. – N 1. – С. 168-172.
11. Serotonin levels and platelet uptake during premenstrual tension/D. L. Taylor, R. J. Mathew, B. T. Ho, M. L. Weinman//Neuropsychobiology. – 1984. – Т. 12. – N 1. – С. 16-18.
12. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome/J. Marjoribanks, J. Brown, P. M. S. O'Brien, K. Wyatt//The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – Т. 2013. – N 6. – С. CD001396.
13. Hantsoo, L. Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids across the menstrual cycle/L. Hantsoo, C. N. Epperson//Neurobiology of Stress. – 2020. – Т. 12. – Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD). – С. 100213.
14. Paradoxical effects of GABA-A modulators may explain sex steroid induced negative mood symptoms in some persons/T. Bäckström, D. Haage, M. Löfgren [и др.]//Neuroscience. – 2011. – Т. 191. – С. 46-54.
15. A randomized, double-blind study on efficacy and safety of sepranolone in premenstrual dysphoric disorder/T. Bäckström, K. Ekberg, A. L. Hirschberg [и др.]//Psychoneuroendocrinology. – 2021. – Т. 133. – С. 105426.
16. **5 $\alpha$ -Reductase** Inhibition Prevents the Luteal Phase Increase in Plasma Allopregnanolone Levels and Mitigates Symptoms in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder/P. E. Martinez, D. R. Rubinow, L. K. Nieman [и др.]//Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology. – 2016. – Т. 41. – N 4. – С. 1093-1102.
17. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABAA receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010) – A randomized controlled trial/M. Bixo, K. Ekberg, I.S. Poromaa [и др.]//Psychoneuroendocrinology. – 2017. – Т. 80. – С. 46-55.
18. Bäckström, T. Positive GABAA receptor modulating steroids and their antagonists: Implications for clinical treatments/T. Bäckström, R. Das, M. Bixo//Journal of Neuroendocrinology. – 2022. – Т. 34. – Positive GABAA receptor modulating steroids and their antagonists. – N 2. – С. e13013.
19. Allopregnanolone levels before and after selective serotonin reuptake inhibitor treatment of premenstrual symptoms/C. R. Gracia, E. W. Freeman, M. D. Sammel [и др.]//Journal of Clinical Psychopharmacology. – 2009. – Т. 29. – N 4. – С. 403-405.
20. Griffin, L. D. Selective serotonin reuptake inhibitors directly alter activity of neurosteroidogenic enzymes/L. D. Griffin, S. H. Mellon//Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. – 1999. – Т. 96. – N 23. – С. 13512-13517.
21. Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Clinical Trial/K. A. Yonkers, S. G. Kornstein, R. Gueorguieva [и др.]//JAMA psychiatry. – 2015. – Т. 72. – Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. – N 10. – С. 1037-1044.
22. Dennerstein, L. Epidemiology of premenstrual symptoms and disorders/L. Dennerstein, P. Lehert, K. Heinemann//Menopause International. – 2012. – Т. 18. – N 2. – С. 48-51.
23. Steiner, M. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians/M. Steiner, M. Macdougall, E. Brown//Archives of Women's Mental Health. – 2003. – Т. 6. – N 3. – С. 203-209.
24. Health and economic impact of the premenstrual syndrome/J. E. Borenstein, B. B. Dean, J.

Endicott [и др.]//The Journal of Reproductive Medicine. – 2003. – Т. 48. – N 7. – С. 515-524.

25. Adewuya, A. O. Pattern and correlates of premenstrual symptomatology amongst Nigerian University students/A. O. Adewuya, O. M. Loto, T. A. Adewumi//Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. – 2009. – Т. 30. – N 2. – С. 127-132.

26. Rapkin, A. J. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness/A. J. Rapkin, S. A. Winer//Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. – 2009. – Т. 9. – Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. – N 2. – С. 157-170.

27. Hylan, T. R. The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France/T. R. Hylan, K. Sundell, R. Judge//Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine. – 1999. – Т. 8. – The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior. – N 8. – С. 1043-1052.

28. Kadian, S. Classification of premenstrual disorders as proposed by the International Society for Premenstrual Disorders/S. Kadian, S. O'Brien//Menopause International. – 2012. – Т. 18. – N 2. – С. 43-47.

29. Yonkers, K. A. Premenstrual syndrome/K. A. Yonkers, P. M. S. O'Brien, E. Eriksson//Lancet (London, England). – 2008. – Т. 371. – N 9619. – С. 1200-1210.

30. Takeda, T. Premenstrual disorders: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder/T. Takeda//The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. – 2023. – Т. 49. – Premenstrual disorders. – N 2. – С. 510-518.

31. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey/J. Potter, J. Bouyer, J. Trussell, C. Moreau//Journal of Women's Health (2002). – 2009. – Т. 18. – Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time. – N 1. – С. 31-39.

32. Core Symptoms That Discriminate Premenstrual Syndrome/E. W. Freeman, S. M. Halberstadt, K. Rickels [и др.]. – Текст: электронный//Journal of Women's Health. – 2011. – Т. 20. – N 1. – С. 29-35. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3017419/> (дата обращения: 01.05.2024).

33. Gudipally, P. R. Premenstrual Syndrome/P. R. Gudipally, G. K. Sharma. – Текст: электронный//StatPearls. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560698/> (дата обращения: 24.06.2024).

34. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc., 2013. – xlv, 947 с.

35. Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland/P. Stute, C. Bodmer, U. Ehlert [и др.]//Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. – 2017. – Т. 33. – N 5. – С. 342-348.

36. Mishra, S. Premenstrual Dysphoric Disorder/S. Mishra, H. Elliott, R. Marwaha. – Текст: электронный//StatPearls. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532307/> (дата обращения: 24.06.2024).

37. Yan, H. Suicidality in patients with premenstrual dysphoric disorder-A systematic review and meta-analysis/H. Yan, Y. Ding, W. Guo//Journal of Affective Disorders. – 2021. – Т. 295. – С. 339-346.

38. Suicidality in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: a systematic literature review/E. Osborn, J. Brooks, P. M. S. O'Brien, A. Wittkowski//Archives of Women's Mental Health. – 2021. – Т. 24. – Suicidality in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. – N 2. – С. 173-184.

39. Association of Premenstrual Dysphoric Disorder and Eating Behaviors Among Nursing Students: A Cross-Sectional Study/Ö. G. Çoban, D. Karakaya, A. Önder [и др.]//Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. – 2021. – Т. 34. – Association of Premenstrual Dysphoric Disorder and Eating Behaviors Among Nursing Students. – N 2. – С. 203-208.

40. Addictive behaviors across the menstrual cycle: a systematic review/K. M. Joyce, K. P. Good, P. Tibbo [и др.]//Archives of Women's Mental Health. – 2021. – Т. 24. – Addictive behaviors across the menstrual cycle. – N 4. – С. 529-542.

41. Diagnosis and management of premenstrual disorders/S. O'Brien, A. Rapkin, L. Dennerstein, T. Nevatte//BMJ (Clinical research ed.). – 2011. – Т. 342. – С. d2994.
42. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48//BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. – 2017. – Т. 124. – Management of Premenstrual Syndrome. – N 3. – С. e73-e105.
43. <https://phlebounion.ru> – Национальные критерии приемлемости контрацепции 2023. – URL: <https://phlebounion.ru/news/natsionalnyye-kriterii-priyemlemosti-kontratseptsii-2023-108> (дата обращения: 01.05.2024). – Текст: электронный.
44. Предменструальный синдром и мастопатия |#06/16| "Лечащий врач" – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи. – URL: <https://www.lvrach.ru/2016/06/15436498> (дата обращения: 02.09.2024). – Текст: электронный.
45. Masho, S. W. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome/S. W. Masho, T. Adera, J. South-Paul//Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. – 2005. – Т. 26. – N 1. – С. 33-39.
46. Prevalence and Associated Factors of Premenstrual Syndrome in Chinese Adolescent Girls/X. Liu, Z.-Z. Liu, Y. Yang, C.-X. Jia//Child Psychiatry and Human Development. – 2023.
47. Mukherjee, P. A Study to Assess the Relationship of Menstrual Irregularities with Nutritional Status among Adolescent Girls in Selected Urban Schools/P. Mukherjee. – 2018. – Vol. 8. – N 6.
48. Nutritional Status and Anthropometric Indices in relation to Menstrual Disorders: A Cross-Sectional Study/R. Taheri, F. Mesbah Ardekani, H. Raeisi Shahraki [и др.]//Journal of Nutrition and Metabolism. – 2020. – Т. 2020. – Nutritional Status and Anthropometric Indices in relation to Menstrual Disorders. – С. 5980685.
49. Dwivedi, D. Prevalence of Menstrual Disorder in Women and Its Correlation to Body Mass Index and Physical Activity/D. Dwivedi, N. Singh, U. Gupta//Journal of Obstetrics and Gynaecology of India. – 2024. – Т. 74. – N 1. – С. 80-87.
50. Factors associated with the severity of premenstrual symptoms in women with central obesity: a cross-sectional study/P. Sharifan, A. Jafarzadeh Esfehiani, A. Zamiri [и др.]. – Текст: электронный//Journal of Health, Population, and Nutrition. – 2023. – Т. 42. – Factors associated with the severity of premenstrual symptoms in women with central obesity. – С. 9. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9926716/> (дата обращения: 01.05.2024).
51. Опыт Клинического Применения Препарата "Vitex Agnus Castus" У Пациенток С Предменструальным Синдромом/С.Н. Рыжкова, К.Ш. Курбанова, А.Ф. Габбас, А.А. Нурллина. – Текст: электронный. – 2017. – С. 43-44. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?ysclid=m0txo5dp6t783326485&id=28513997> (дата обращения: 08.09.2024).
52. ЭБС НГМУ: Гинекология национальное руководство ред. Г.М. Савельева [и др.]. – URL: <https://library.ngmu.ru/search/view?mfn=116893&irbisBase=MAIN> (дата обращения: 16.09.2024). – Текст: электронный.
53. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis: bone mineral density/J. E. Farmer, A. Prentice, A. Breeze [и др.]. – Текст: электронный//The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2003. – Т. 2003. – Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis. – N 4. – С. CD001297. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7027701/> (дата обращения: 01.05.2024).
54. The effectiveness of GnRHa with and without "add-back" therapy in treating premenstrual syndrome: a meta analysis/K. M. Wyatt, P. W. Dimmock, K. M. K. Ismail [и др.]//BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. – 2004. – Т. 111. – The effectiveness of GnRHa with and without "add-back" therapy in treating premenstrual syndrome. – N 6. – С. 585-593.
55. Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture: National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Osteoporosis. – London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2017. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554920/> (дата обращения: 01.05.2024). – Текст: электронный.
56. Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology

in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials/A. E. de Wit, Y. A. de Vries, M. K. de Boer [и др.]//American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2021. – Т. 225. – Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome. – N 6. – С. 624-633.

57. Ma, S. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome/S. Ma, S. J. Song//The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2023. – Т. 6. – N 6. – С. CD006586.

58. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation/T. B. Pearlstein, G. A. Bachmann, H. A. Zacur, K. A. Yonkers//Contraception. – 2005. – Т. 72. – N 6. – С. 414-421.

59. Ethinyl estradiol 20 µg/drospirenone 3mg 24/4 oral contraceptive for the treatment of functional impairment in women with premenstrual dysphoric disorder/J. Marr, K. Heinemann, M. Kunz, A. Rapkin//International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. – 2011. – Т. 113. – N 2. – С. 103-107.

60. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder/K. A. Yonkers, C. Brown, T. B. Pearlstein [и др.]//Obstetrics and Gynecology. – 2005. – Т. 106. – N 3. – С. 492-501.

61. Itriyeva, K. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents: Menstrual Issues in Adolescents – Part I: General Concerns/K. Itriyeva. – Текст: электронный//Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. – 2022. – Т. 52. – N 5. – С. 101187. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538544222000566> (дата обращения: 03.07.2024).

62. Предменструальный синдром: возможности дифференцированного подхода к лечению "Акушерство и Гинекология. – URL: <https://aig-journal.ru/articles/Predmenstrualnyi-sindrom-vozmojnosti-differencirovannogo-podhoda-k-lecheniu.html> (дата обращения: 02.05.2024). – Текст: электронный.

63. Сочетание предменструального синдрома и дисменореи у молодых женщин: особенности ведения. – URL: [https://umedp.ru/articles/sochetanie\\_predmenstrualnogo\\_sindroma\\_i\\_dismenorei\\_u\\_molodykh\\_zhenshchi\\_n\\_osobennosti\\_vedeniya.html](https://umedp.ru/articles/sochetanie_predmenstrualnogo_sindroma_i_dismenorei_u_molodykh_zhenshchi_n_osobennosti_vedeniya.html) (дата обращения: 25.08.2024). – Текст: электронный.

64. В.н, П. Предменструальный синдром: эффективность лечения дроспиренон-содержащим контрацептивным препаратом/П. В.н. Л. А.в. – Текст: электронный//Медицинский совет. – 2015. – Предменструальный синдром. – N 9. – С. 49-53. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/predmenstrualnyu-sindrom-effektivnost-lecheniya-drospirenon-soderzhaschim-kontratseptivnym-preparatom> (дата обращения: 01.05.2024).

65. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: comparison of a 21/7 and extended regimen/A. L. Coffee, T. J. Kuehl, S. Willis, P. J. Sulak//American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2006. – Т. 195. – Oral contraceptives and premenstrual symptoms. – N 5. – С. 1311-1319.

66. Claman, F. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescence/F. Claman, T. Miller//Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners. – 2006. – Т. 20. – N 5. – С. 329-333.

67. ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ФИТОТЕРАПИЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ) – тема научной статьи по клинической медицине читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке КиберЛенинка. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/predmenstrualnyu-sindrom-klinika-diagnostika-fitoterapiya-klinicheskaya-lektsiya> (дата обращения: 02.05.2024). – Текст: электронный.

68. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials/M. D. van Die, H. G. Burger, H. J. Teede, K. M. Bone//Planta Medica. – 2013. – Т. 79. – Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders. – N 7. – С. 562-575.

69. Vitex Agnus-Castus for the Treatment of Cyclic Mastalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis/S. L. Ooi, S. Watts, R. McClean, S. C. Pak//Journal of Women's Health (2002). – 2020. – Т. 29. – Vitex Agnus-Castus for the Treatment of Cyclic Mastalgia. – N 2. – С. 262-278.

70. Use of *Vitex agnus-castus* in patients with menstrual cycle disorders: a single-center retrospective longitudinal cohort study/M. Höller, H. Steindl, D. Abramov-Sommariva [и др.]//Archives of Gynecology and Obstetrics. – 2024. – Т. 309. – Use of *Vitex agnus-castus* in patients with menstrual cycle disorders. – N 5. – С. 2089-2098.
71. Dante, G. Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: a systematic review/G. Dante, F. Facchinetti//Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. – 2011. – Т. 32. – Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms. – N 1. – С. 42-51.
72. The treatment of premenstrual syndrome with preparations of *Vitex agnus castus*: a systematic review and meta-analysis/S. Verkaik, A. M. Kamperman, R. van Westrhenen, P. F. J. Schulte//American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2017. – Т. 217. – The treatment of premenstrual syndrome with preparations of *Vitex agnus castus*. – N 2. – С. 150-166.
73. *Vitex agnus-castus* in premenstrual syndrome: A meta-analysis of double-blind randomised controlled trials/D. Csupor, T. Lantos, P. Hegyi [и др.]//Complementary Therapies in Medicine. – 2019. – Т. 47. – *Vitex agnus-castus* in premenstrual syndrome. – С. 102190.
74. Agajani Delavar, M. A double-blind placebo-controlled evaluation of *Vitex agnus castus* in premenstrual syndrome/M. Agajani Delavar, F. Nasiri, S. H. Hoseini. – Text: electronic//Journal of Medicinal Plants. – 2002. – Vol. 1. – N 2. – P. 15-20. – URL: <http://jmp.ir/article-1-810-en.html> (date accessed: 03.07.2024).
75. Клиническая характеристика и пути коррекции предменструальных расстройств у девушек-студенток. – URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2012/6/031726-61222012614> (дата обращения: 05.09.2024). – Текст: электронный.
76. Use of leuprolide acetate plus tibolone in the treatment of severe premenstrual syndrome/C. Di Carlo, S. Palomba, G. A. Tommaselli [и др.]//Fertility and Sterility. – 2001. – Т. 75. – N 2. – С. 380-384.
77. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review/K. Wyatt, P. Dimmock, P. Jones [и др.]//BMJ (Clinical research ed.). – 2001. – Т. 323. – Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome. – N 7316. – С. 776-780.
78. Progesterone for Premenstrual Syndrome/O. Ford, A. Lethaby, B. Mol, H. Roberts//The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2006. – N 4. – С. CD003415.
79. Effect of progesterone and its 5 alpha and 5 beta metabolites on symptoms of premenstrual syndrome according to route of administration/W. Vanselow, L. Dennerstein, K. M. Greenwood, B. de Lignieres//Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. – 1996. – Т. 17. – N 1. – С. 29-38.
80. Effect of treatment with dydrogesterone or calcium plus vitamin D on the severity of premenstrual syndrome/M. Khajehei, K. Abdali, M. E. Parsanezhad, H. R. Tabatabaee//International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. – 2009. – Т. 105. – N 2. – С. 158-161.
81. The treatment of premenstrual tension with dydrogesterone ('Duphaston'): Current Medical Research and Opinion: Vol 4, No sup4. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/03007997709115299> (дата обращения: 09.09.2024). – Текст: электронный.
82. Premenstrual syndrome. A double-blind cross-over study of treatment with dydrogesterone and placebo/G. A. Sampson, P. R. Heathcote, J. Wordsworth [и др.]//The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science. – 1988. – Т. 153. – С. 232-235.
83. Treatment of premenstrual syndrome by spironolactone: a double-blind, placebo-controlled study/M. Wang, S. Hammarbäck, B. A. Lindhe, T. Bäckström//Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica. – 1995. – Т. 74. – Treatment of premenstrual syndrome by spironolactone. – N 10. – С. 803-808.
84. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group/S. Thys-Jacobs, P. Starkey, D. Bernstein, J. Tian//American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1998. – Т. 179. – Calcium carbonate and the

premenstrual syndrome. – N 2. – С. 444-452.

85. Thys-Jacobs, S. Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium/S. Thys-Jacobs//Journal of the American College of Nutrition. – 2000. – Т. 19. – Micronutrients and the premenstrual syndrome. – N 2. – С. 220-227.

86. Beneficial Role of Calcium in Premenstrual Syndrome: A Systematic Review of Current Literature/A. Arab, N. Rafie, G. Askari, M. Taghiabadi//International Journal of Preventive Medicine. – 2020. – Т. 11. – Beneficial Role of Calcium in Premenstrual Syndrome. – С. 156.

87. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls/O. Derman, N. O. Kanbur, T. E. Tokur, T. Kutluk//European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology. – 2004. – Т. 116. – N 2. – С. 201-206.

88. Rapkin, A. J. Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents/A. J. Rapkin, J. A. Mikacich//Paediatric Drugs. – 2013. – Т. 15. – N 3. – С. 191-202.

89. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea/J. Marjoribanks, R. O. Ayeleke, C. Farquhar, M. Proctor//The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – Т. 2015. – N 7. – С. CD001751.

90. Jarvis, C. I. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder/C. I. Jarvis, A. M. Lynch, A. K. Morin//The Annals of Pharmacotherapy. – 2008. – Т. 42. – N 7. – С. 967-978.

91. Efficacy of topical nonsteroidal antiinflammatory drugs in mastalgia treatment – PubMed. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12691925/> (дата обращения: 02.09.2024). – Текст: электронный.

92. Naproxen sodium in the treatment of premenstrual symptoms. A placebo-controlled study/F. Facchinetti, L. Fioroni, G. Sances [и др.]//Gynecologic and Obstetric Investigation. – 1989. – Т. 28. – N 4. – С. 205-208.

93. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога – Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. – 2005. – URL: [https://rusneb.ru/catalog/010003\\_000061\\_69c7faadf3bb312cc4ee90c7b83a4395/](https://rusneb.ru/catalog/010003_000061_69c7faadf3bb312cc4ee90c7b83a4395/) (дата обращения: 01.05.2024). – Текст: электронный.

94. The treatment of severe premenstrual syndrome with goserelin with and without "add-back" estrogen therapy: a placebo-controlled study/A. T. Leather, J. W. Studd, N. R. Watson, E. F. Holland//Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. – 1999. – Т. 13. – The treatment of severe premenstrual syndrome with goserelin with and without "add-back" estrogen therapy. – N 1. – С. 48-55.

95. Treatment of premenstrual syndrome with gonadotropin-releasing hormone agonist in a low dose regimen/I. Sundström, S. Nyberg, M. Vihö [и др.]//Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica. – 1999. – Т. 78. – N 10. – С. 891-899.

96. Методы коррекции предменструального синдрома [#10/07] "Лечащий врач" – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи. – URL: <https://www.lvrach.ru/2007/10/4716701?ysclid=m0tz5ovigk426502937> (дата обращения: 08.09.2024). – Текст: электронный.

97. Treatment of premenstrual syndrome. A double-blind trial of dydrogesterone/L. Dennerstein, C. Morse, G. Gotts [и др.]//Journal of Affective Disorders. – 1986. – Т. 11. – N 3. – С. 199-205.

98. Evaluation of different add-back estradiol and progesterone treatments to gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in patients with premenstrual dysphoric disorder/B. Segebladh, A. Borgström, S. Nyberg [и др.]//American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2009. – Т. 201. – N 2. – С. 139.e1-8.

99. Panay, N. Treatment of premenstrual syndrome: a decision-making algorithm/N. Panay//Menopause International. – 2012. – Т. 18. – Treatment of premenstrual syndrome. – N 2. – С. 90-92.

100. Luteal phase administration of paroxetine for the treatment of premenstrual dysphoric disorder:

a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in Canadian women/M. Steiner, A. V. Ravindran, J.-M. LeMelleo [и др.]//The Journal of Clinical Psychiatry. – 2008. – Т. 69. – Luteal phase administration of paroxetine for the treatment of premenstrual dysphoric disorder. – N 6. – С. 991-998.

101. Lee, J. Practical and illustrated summary of updated BI-RADS for ultrasonography/J. Lee. – Текст: электронный//Ultrasonography. – 2017. – Т. 36. – N 1. – С. 71-81. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5207351/> (дата обращения: 16.09.2024).

## Приложение А1

### **Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

Адамян Лейла Владимировна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

Андреева Елена Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, президент Международной ассоциация акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.

Артымук Наталья Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, член Российского общества акушеров-гинекологов.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), член Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

Кумыкова Заира Хасановна – к.м.н., старший научный сотрудник 2 гинекологического отделения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ.

Сметник Антонина Александровна – к.м.н., заведующая отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ, президент Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.

Сутурина Лариса Викторовна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека, член Ассоциации гинекологов-эндокринологов России, член международного Общества избытка андрогенов и синдрома поликистозных яичников (АЕ-

PCOSSociety).

Тапильская Наталья Игоревна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом репродуктологии НИИ АГ и репродуктологии им. Д.О. Отта, профессор кафедры акушерства и гинеколог СПбГПМУ.

Уварова Елена Витальевна – Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующая 2 гинекологическим отделением ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ИПО ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент Ассоциации детских и подростковых гинекологов России, член Российского общества акушеров-гинекологов

Юренева Светлана Владимировна – д.м.н., профессор, заместитель директора Института онкогинекологии и маммологии ФГБУ НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова МЗ РФ, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБУ НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова МЗ РФ, член Российской ассоциации акушеров-гинекологов, вице-президент Межрегиональной ассоциации гинекологов-эндокринологов, член президиума Российской ассоциации по остеопорозу.

Ярмолинская Мария Игоревна – профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гинекологии и эндокринологии репродукции ФГБУ "НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта", профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Приложение А2

## Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. врачи эндокринологи
3. врачи терапевты
4. врачи-психиатры

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого

	метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

### Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

**Таблица схемы лечения комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (по АТХ – Гестагены и эстрогены фиксированные комбинации) [60], [57]**

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
Дроспиренон + этинилэстрадиол, таблетки (при тяжелой форме ПМС) (по АТХ – G03AA12 Дроспиренон и этинилэстрадиол) [57], [62]	3 мг + 0,02 мг По 1 таблетке непрерывно 28 дней (24 активных таблетки и 4 таблетки плацебо) взрослым и подросткам после наступления менархе	В течение 6 месяцев – 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально
Дроспиренон + Этинилэстрадиол + [Кальция левомефолат] и Кальция левомефолат для лечения симптомов тяжелых форм предменструального синдрома (по АТХ – G03AA12 Дроспиренон и этинилэстрадиол) [63]	3 мг + 0.02 мг + 0.451 мг и 0.451 мг По 1 таблетке непрерывно 28 дней взрослым и подросткам после наступления менархе	В течение 6 месяцев – 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально

**Таблица схемы лечения агонистами ГнРГ (Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) [54], [42]**

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
#Гозерелин** [1], [94]	Взрослым женщинам 3,6 мг подкожно в переднюю брюшную стенку каждые 28 дней	В течение 3-6 месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально
#Бусерелин** [95] (в лекарственной форме лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия)	Взрослым женщинам 3,75 мг внутримышечно каждые 28 дней [96]	В течение 3-6 месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально

**Таблица схемы лечения прогестагенами (АТХ – Гестагены) [78], [77]**

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
Дидрогестерон** [1], [97]	Внутрь по 10 мг 2 раза в день с 11 по 25 день менструального цикла или внутрь по 10 мг 2 раза в сутки в течение последних 14 дней менструального цикла с учетом его длительности См текст в тезисе, ссылки 79,	Взрослым женщинам в течение 3-6 месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально

	80, 81, вложение ОХЛП	
Микронизированный прогестерон** [79]	200 или 400 мг в сутки с 17 по 26 день менструального цикла перорально.	Взрослым женщинам в течение 3-6 месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально

### Таблица схемы лечения "add back" терапией [8], [42], [98], [76]

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
#Эстрадиола 0,1% трансдермальный гель + микронизированный #прогестерон (вагинально) (по АТХ – Гестагены) [99]	#Эстрадиола 0,1% трансдермальный гель назначают: 2-4 дозы геля + микронизированный #прогестерон 100 мг/сут Или 1,5 мг 0,1% геля в день + микронизированный #прогестерон 400 мг вагинально в течение 14 дней второй фазы цикла	Взрослым женщинам в течение 3-6 месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально [98]
#Тиболон, таблетки (по АТХ – Другие эстрогены) [76]	2,5 мг, по 1 таблетке в сутки	Взрослым женщинам в течение 3-6 месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально

### Таблица. Негормональные средства лечения ПМР

#### Таблица схемы лечения СИОЗС (по АТХ – N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) [42], [1]

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения, далее длительность терапии определяется индивидуально
#Пароксетин** [12], [100]	10-30 мг/сут	Взрослым женщинам в течение 2-4х месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально
#Флуоксетин** [12]	10-60 мг/сут	Взрослым женщинам в течение 2-3х месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально
#Сертралин** [66]	25-105 мг/сут Подросткам 50-150 мг для непрерывной терапии или 100 мг для применения в лютеиновую фазу [61]	В течение 2-3х месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально
#Циталопрам [12]	20-50 мг/сут	Взрослым женщинам в течение 3х месяцев, далее длительность терапии

		определяется индивидуально
#Эсциталопрам [12]	10-20 мг/сут	Взрослым женщинам в течение 3х месяцев, далее длительность терапии определяется индивидуально

**Таблица схемы лечения НПВС (по АТХ – Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) [92], [1]:**

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
#Напроксен 550 мг [92]	Взрослым женщинам 550 мг 2 раза в сутки ежемесячно за 7 дней до предстоящей менструации до 4-го дня цикла	В течение 6 месяцев
#Диклофенак в форме геля (2 гр геля, 2,23 мг диклофенака) [91] АТХ – Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты	50 мг на кожу молочных желез каждые 8 часов у взрослых женщин при циклической масталгии Подросткам лечение в соответствии с клиническими рекомендациями "Дисменорея"	В течение 6 месяцев

**Таблица схемы лечения #Спиронолактон\*\* (по АТХ – Антагонисты альдостерона) [83]:**

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
#Спиронолактон** (по АТХ – Антагонисты альдостерона) [66], [61]	Назначается взрослым в лютеиновую фазу менструального цикла в дозе 100 мг в день с 14 дня менструального цикла до первого дня следующей менструации Подросткам назначается 100 мг в день с 12 дня менструального цикла до первого дня следующей менструации ПМС до первого дня следующей менструации	Длительность терапии определяется индивидуально

**Таблица схемы лечения прутняка обыкновенный (по АТХ – G02CX03 Прутняка обыкновенного плоды) [73]:**

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
Прутняка обыкновенного плодов экстракт, 2,36-4 мг. #Прутняка обыкновенного плодов экстракт [73], [74], [69]	По 1 таблетке 1 раз в день для взрослых старше 18 лет У подростков с 16 лет по 30 капель 2 раза в день за 5 дней до менструации в течение 3 циклов или по 1 таблетке в день	не менее 3 месяцев 3 менструальных цикла

Мастодионон** (нет МНН)	[73] По 1 таблетке 2 раза в день или 30 капель 3 раза в день	Не менее 3-х месяцев
-------------------------	--	----------------------

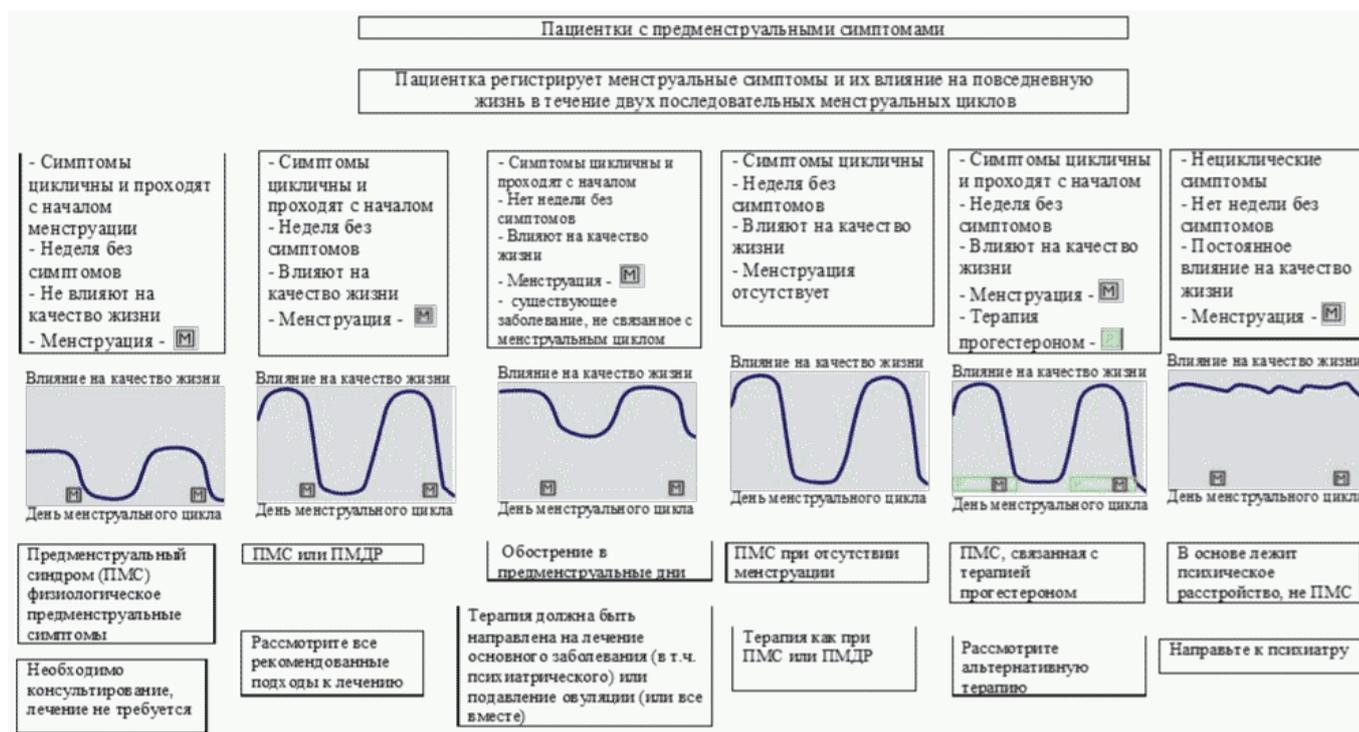
**Таблица схемы лечения препараты кальция [86], [1]:**

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
#Кальция карбонат + Кальция лактоглоконат (A12AA20 Кальция препараты в комбинации) [86]	500 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки	Длительность терапии определяется индивидуально
#Кальция карбонат + Кальция лактоглоконат (A12AA20 Кальция препараты в комбинации) [86]	Подросткам 1200 мг в сутки 500 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки	Длительность терапии определяется индивидуально В течение 3 менструальных циклов

Приложение Б

### Алгоритмы действий врача

**Рисунок 1. Алгоритм ведения пациенток с ПМС и ПМДР**



Первая линия терапия

Дроспиренон-содержащие КОК (по АТХ – GQ3AA12 Дроспиренон и эстрогены)

Антидепрессанты СИОЗС (по АТХ – N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) – непрерывный или циклический прием (в лютеиновую фазу цикла с 15 по 28 день)

Прутьняк обыкновенный (По АТХ – G02CXQ3 Прутьняка обыкновенного плоды)

**Вторая линия терапии**

Более высокие дозы СИОЗС (по АТХ – N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) – непрерывный или циклический прием (в лютеиновую фазу цикла с 15 по 28 день)  
 Препараты Гестагенов – на срок 10-15 дней в циклическом режиме

**Третья линия терапии**

Агонисты ГнРГ + "add-back" терапия ЗГТ (монофазная комбинированная эстроген-гестагенная терапия (по АТХ – Эстрадиол), (по АТХ – Гестагены) или #тиболон (по АТХ – Другие эстрогены))  
 НПВС (по АТХ – Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты)  
 #Кальция карбонат + Кальция лактоглоконат (A12AA Кальция препараты) в комбинации Спиринолактон\*\* (по АТХ – Антагонисты альдостерона)

**Четвертая линия терапии**

Хирургическое лечение

Приложение В

**Информация для пациента**

ПМС (предменструальный синдром) – это расстройство, которое наблюдается во второй половине менструального цикла после предполагаемого дня овуляции. Его симптомы стихают с началом или в течение первых дней менструации. Причины возникновения ПМС точно не установлены, однако научные теории выделяют роль колебаний уровня гормонов и дисфункциональных изменений в центральной нервной системе (ЦНС).

Проявления ПМС различны: физические симптомы включают болезненность молочных желез, вздутие живота, тошноту, прибавку массы тела, отеки, сыпь на коже, головные боли, боли в спине, тахикардию, жажду, озноб, одышку и ряд других; психоэмоциональные и поведенческие симптомы включают колебания настроения, депрессивное настроение, плаксивость, усталость, слабость, раздражительность, тревогу, гнев, нарушение сна, повышение аппетита и прочие; существуют также атипичные симптомы ПМС (повышение температуры тела, приступы кашля, одышки, неукротимая рвота, тяжелые аллергические реакции и ряд других).

Симптомы ПМС могут снижать качество жизни, но серьезным образом не ограничивают повседневную активность женщины. Однако в отдельных случаях тяжесть симптомов не позволяет женщине заниматься привычными делами (в семье, на работе), тогда речь может идти о крайней степени тяжести ПМС – предменструальном дисфорическом расстройстве (ПМДР).

При наличии симптомов ПМС женщине необходимо обратиться к врачу акушеру-гинекологу для прохождения необходимого обследования и получения рекомендаций относительно терапии.

Существуют различные подходы к лечению ПМС в зависимости от его формы и степени тяжести проявлений. Препараты, которые может предложить врач, делятся на гормональные и негормональные. К гормональным препаратам относят Гестагены и эстрогены фиксированные комбинации, гестагены и ряд других. К негормональным – антидепрессанты группы СИОЗС (по

АТХ – N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), средства растительного происхождения и ряд других.

Важным в стратегии поддержания общего здоровья и уменьшения тяжести проявления ПМС является поддержание нормальной массы тела, отказ от вредных привычек, правильное питание и регулярные физические нагрузки.

Приложение Г1-ГН

## Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1

### Таблица 1. Классификация результатов исследования в соответствии с системой BI-RADS и рекомендуемая тактика ведения [101]

Паспорт таблицы:

Название на русском языке: Классификация результатов исследования в соответствии с системой BI-RADS и рекомендуемая тактика ведения.

Источник: American College of Radiology (ACR). ACR-BI-RADS(R)--5th Edition. ACR Breast Imaging Reporting and Data System, Breast Imaging Atlas; BI-RADS. Reston, VA: American College of Radiology; 2014.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

Содержание (шаблон): Таблица состоит из 3 столбцов: в первом столбце – результаты исследования в соответствии с системой BI-RADS, во 2 столбце – вероятность РМЖ, в 3 столбце – тактика ведения в зависимости от результатов исследования (с выведением 3 подпунктов: УЗИ, маммография, МРТ).

Ключ (интерпретация): Позволяет определить тактику ведения пациентка в зависимости от результатов исследования в соответствии с системой BI-RADS.

Пояснения: представлена классификация результатов исследования в соответствии с системой BI-RADS и рекомендуемая тактика ведения.

Классификационная категория	Вероятность РМЖ	Тактика ведения в зависимости от проведенного исследования		
		МРТ		
Маммография	УЗИ			
BI-RADS0: результат неполный – необходимо дополнительное исследование (и/или сравнение с предыдущими маммограммами в случае маммографического скрининга)	Не применимо	Повторный вызов для дополнительного исследования, сравнение с предыдущим результатом или то и другое	Повторный вызов для дополнительного исследования	Рекомендуется как дополнительное исследование: маммография или прицельное УЗИ
BI-RADS1: результат отрицательный	Вероятность малигнизации практически 0%	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг, если кумулятивный риск РМЖ в течение жизни $\geq 20\%$ <*>

BI-RADS2: доброкачественные изменения	Вероятность малигнизации практически 0%	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг, если кумулятивный риск РМЖ в течение жизни $\geq 20\%$ <*>
BI-RADS3: вероятно доброкачественные изменения	Вероятность малигнизации $> 0\%$ , но $\leq 2\%$	Наблюдение с кратковременным (6 мес.) интервалами с динамической маммографией	Наблюдение с кратковременным (3-6 мес.) интервалами с динамическим УЗИ	Кратковременный (6 мес.) интервал наблюдения по показаниям лучевого диагноста
BI-RADS4: подозрение на малигнизацию	Вероятность малигнизации $> 2\%$ , но $< 95\%$	Маммография, УЗИ молочных желез, возможно МРТ молочной железы с контрастированием для оценки распространенности процесса		
BI-RADS5: высокая вероятность малигнизации	Вероятность малигнизации $> 95\%$	Диагноз ставится на основании результатов биопсии		
BI-RADS6: малигнизация, подтвержденная морфологически с помощью биопсии	Не применимо	Хирургическое лечение, если клинически оправдано		

<\*> кумулятивный риск РМЖ определяется с использованием компьютерной программы, основанной на модели GAIL (NCCN, 2017) (доступна на <https://www.cancer.gov/bcrisktool/Default.aspx>)

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

[http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/clinicheskie\\_rekomendacii\\_protokoly\\_lechenija/54](http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/clinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54).



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.