

# Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром»\*

## Вступ

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

За різними даними, близько 20-40% жінок страждають на передменструальний синдром (ПМС). Тобто у третини жінок репродуктивного віку проявляються симптоми ПМС та негативно впливають на їх життя та соціальну діяльність.

Через значну поширеність ПМС серед українських жінок репродуктивного віку, наявність широкого спектру психологічних та фізичних симптомів, які впливають на повсякденне життя, питання діагностики та лікування ПМС на сьогодні є дуже актуальними. Саме з метою надання лікарям різних спеціальностей (особливо лікарям загальної практики – сімейним лікарям) вичерпної інформації щодо сучасної класифікації, методів діагностики та лікування ПМС розроблені дані медико-технологічні документи.

Робочу групу для розробки медико-технологічних документів за темою «Передменструальний синдром» затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 2021 року № 265).

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої допомоги (УКПМД) «Передменструальний синдром» розроблений на основі Клінічної настанови «Передменструальний синдром», основна мета якої – створення єдиної комплексної та ефектної системи надання медичної допомоги пацієнткам з ПМС. В УКПМД запропоновані методи та алгоритми діагностики і лікування передменструального синдрому в Україні.

Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на доказах та засновані на рекомендаціях клінічних настанов, третинних джерел, а саме:

Green-top Guideline № 48 Management of premenstrual syndrome – Настанова Королівської колегії акушерів та гінекологів (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG), 2017

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14260>

Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland, 2017

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09513590.2017.12847887?needAccess=true>

## Перелік скорочень,

### що використовуються у протоколі

ГнРГ – гонадотропін-релізинг-гормон

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КГТ – комбінована гормональна терапія

КМП – клінічний маршрут пацієнта

КОК – комбіновані оральні контрацептиви

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ЛНГ-ВМС – внутрішньоматкова система з левоноргестрелом

МЩКТ – мінеральна щільність кісткової тканини

НАМН – Національна академія медичних наук

НАН – Національна академія наук

ПМДР – передменструальний дисфоричний розлад

ПМЗ – передменструальне загострення

ПМР – передменструальні розлади

ПМС – передменструальний синдром

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну

СІЗЗСН – селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну

УКПМД – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

Форма 027/о – Форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/974

\* Із повною версією наказу можна ознайомитися на сайті <https://moz.gov.ua>.



Форма 003-6/о – Форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20977

ЩС (DRSP – Daily Record of Severity of Problems) – щоденник симптомів (щоденні спостереження щодо серйозності проблем)

## I. Паспортна частина

**1.1. Діагноз:** Передменструальний синдром.

**1.2. Коди стану або захворювання.**  
**НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

N 94.3 Синдром передменструального напруження

**1.3. Протокол призначений для:**

керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та їх заступників, фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів акушерів-гінекологів, лікарів психіатрів, інших медичних працівників, які надають медичну допомогу жінкам з передменструальним синдромом.

**1.4. Мета протоколу:**

забезпечити організацію надання медичної допомоги, встановити єдині вимоги щодо класифікації, діагностики та лікування пацієнток з передменструальним синдромом.

**1.5. Дата складання протоколу:** 2021 рік.

**1.6. Дата перегляду протоколу:** 2025 рік.

**1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу**

**Татарчук Тетяна Феофанівна** – заступник директора з наукової роботи, завідувач відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України», експерт Міністерства охорони здоров'я України, чл.-кор. НАМН України, д. мед. н., професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань

**Булавенко Ольга Василівна** – завідувач кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, д. мед. н., професор

**Дубоссарська Зінаїда Михайлівна** – професор кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д. мед. н., професор

**Дубоссарська Юліанна Олександрівна** – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д. мед. н., професор

**Єфіменко Ольга Олексіївна** – старший науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», д. мед. н.

**Занько Олена Василівна** – старший науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», к. мед. н.

**Калугіна Людмила Вадимівна** – провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України», д. мед. н.

**Косей Наталія Василівна** – керівник відділу репродуктивного здоров'я Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», д. мед. н., професор

**Педаченко Наталія Юріївна** – професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, д. мед. н., професор

**Регеда Світлана Іванівна** – завідувач гінекологічного відділення Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», к. мед. н.

**Тутченко Тетяна Миколаївна** – старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України», к. мед. н.

**Хаустова Олена Олександрівна** – професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, д. мед. н., професор

**Чабан Олег Созонтович** – завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, д. мед. н., професор

## Методичний супровід та інформаційне забезпечення

**Гуленко Оксана Іванівна** – начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та з Реєстру медико-технологічних документів: <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>.

**Рецензенти:**

**Маркін Леонід Борисович** – завідувач кафедри акушерства і гінекології Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, чл.-кор. НАМН України, д. мед. н., професор

**Подольський Василь Васильович** – заступник директора з наукової роботи, завідувач відділення проблем здоров'я жінок фертильного віку Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України», д. мед. н., професор

**1.8. Коротка епідеміологічна інформація**

Згідно з різними дослідженнями щодо поширеності ПМС, його частота значно варіює залежно від методології та інструментів оцінювання, що використовуються. Загалом до 90% жінок репродуктивного віку мають кілька передменструальних симптомів, що змінюються від легких до більш тяжких. Ці симптоми значно впливають на повсякденну діяльність та можуть призвести до руйнування міжособистісних стосунків. Близько 20-40% жінок репродуктивного віку страждають на ПМС, а 2-8% пацієнок мають один з найбільш тяжких варіантів – передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР). У той же час поширеність цього синдрому різниться між культурами та етнічними групами.

Статистичних даних щодо захворюваності на ПМС в Україні немає.

За даними демографічного щорічника «Населення України за 2019 рік», опублікованого Державною службою статистики України, серед постійного населення за віком та статтю, за оцінкою на 1 січня 2020 року, кількість жінок репродуктивного віку (15 до 49 років) складає 9 784 933 жінки. Майже третина з цих жінок страждає на ПМС, що може складати близько 3 мільйонів клінічних випадків захворювання, але на жаль багато пацієнок не звертаються за кваліфікованою медичною допомогою.

Саме через значну поширеність захворювання серед українських жінок репродуктивного віку, наявності широкого спектру виражених психологічних та фізичних симптомів, питання діагностики та лікування передменструального синдрому є дуже актуальними.

**II. Загальна частина**

**Передменструальний синдром.** Симптоми ПМС можуть з'явитися в будь-який час після менархе, але, як правило, після 20 років і зазвичай без лікування продовжуються протягом усього репродуктивного періоду. Деякі жінки відчувають більш тяжкі симптоми в пізньому репродуктивному віці, а жінки з передменструальними розладами мають більш високий ризик розвитку розладів настрою під час менопаузального переходу. ПМС повністю зникає після менопаузи та тимчасово – протягом вагітності або під час будь-якого порушення овуляції.

**Основний передменструальний розлад (ПМР)** – це найпоширеніший та загально визнаний тип ПМС.

Виділяють чотири підтипи ПМР (додаток 2), які не відповідають критеріям основного ПМР, їх називають «варіантними»:

Передменструальне загострення фонового захворювання (ПМЗ);

Неовуляторний ПМР;

Прогестаген-індукований ПМР;

ПМР з відсутністю менструацій.

**Передменструальний дисфоричний розлад** є більш тяжким варіантом ПМС. На додаток до фізичних симптомів, виникає щонайменше один афективний, такий як гнів, дратівливість та/або внутрішня напруга, протягом лютеїнової фази менструального циклу, а іноді – ще у перші кілька днів менструації, однак після менструації симптоми зменшуються і зникають.

Слід зазначити, що застосування деяких лікарських засобів, ефективність яких при лікуванні ПМС доведена численними дослідженнями і є визнаним методом фармакотерапії, в Україні може мати обмеження, оскільки показання до застосування лікарських засобів при діагнозі «Передменструальний синдром», відсутні в інструкціях для медичного застосування, затверджених Міністерством охорони здоров'я України. Крім того існують вагомі докази того, що монотерапія ПМС прогестероном або прогестагенами не є доцільною.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>3.1. Первинна медична допомога</b>		
<b>Профілактика</b>		
Профілактичні заходи спрямовані на охорону здоров'я жінок репродуктивного віку	Не існує доказової бази щодо специфічних методів профілактики ПМС.	<b>Обов'язкові:</b> надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення звичок та поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя; проведення просвітницької роботи серед жінок щодо частоти та тривалості нормального менструального циклу; консультування пацієнок з питань соціальної адаптації та усунення стресогенних чинників у їх оточенні; особливої уваги потребують пацієнтки групи ризику розвитку депресії



## Діагностика

<p>Діагностичні заходи спрямовані на виявлення суб'єктивних та об'єктивних ознак ПМС</p>	<p>Діагноз ПМС підтверджується швидше часом виникнення симптомів та ступенем їх впливу на повсякденну діяльність, а не їх типом. Характер симптомів в окремої пацієнтки не впливає на діагноз. Для того щоб відрізнити фізіологічні менструальні симптоми від ПМС, слід впевнитися, що ці симптоми викликають у жінки значні розлади під час лютеїнової фази менструального циклу.</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> детальний збір анамнезу щодо регулярності та тривалості менструацій, симптомів ПМР, їх інтенсивності, динаміки та впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ПМС, значущих травматичних подій нещодавно або в минулому та супутньої патології (пункти 4.1, 4.2 розділу IV, таблиця 1, додаток 2); фізикальне обстеження (пункт 4.3 розділу IV); лабораторне обстеження (пункт 4.4 розділу IV); надання рекомендацій щодо ведення пацієнткою щоденника симптомів (ЩС) «Щоденні спостереження щодо серйозності проблем» (DRSP), проспективно протягом двох менструальних циклів поспіль (додаток 3). ЩС заповнюється пацієнткою перед початком лікування; проведення скринінгу депресії у пацієнток групи ризику, виявлення пацієнток, які мають високий ризик суїциду (пункт 4.6 розділу IV).</p> <p><b>Бажані:</b> перед направленням до спеціаліста (лікар акушер-гінеколог або лікар-психіатр) жінці надають інформацію щодо ПМС (додаток 1).</p>
--	--	---

## Лікування

<p>Лікування пацієнток з ПМС призначається лікарем загальної практики – сімейним лікарем та здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії</p>	<p>Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при ПМС у більшості випадків дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити соціальні функції та якість життя жінок.</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> надання рекомендацій щодо ведення здорового способу життя, регулярних фізичних навантажень та раціонального харчування; призначення емпіричного лікування: вітаміни та лікарські засоби, що застосовуються в гінекології; антидепресанти: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) – пацієнткам із симптомами легкої та помірної депресії (підпункти 1, 2 пункту 4.5 розділу IV, пункт 5.1 розділу V); надання інформації щодо відстроченого ефекту початку дії антидепресантів, тривалості курсу та дотримання режиму лікування, симптомів відміни та потенційної побічної дії лікарських засобів; направлення на консультацію до: лікаря акушера-гінеколога; лікаря-психіатра – жінок з ПМДР, тяжкою депресією, пацієнток з легкою і помірною депресією при неефективності терапії антидепресантами впродовж 4-6 тижнів; гормональне лікування ПМС призначається лікарем акушером-гінекологом; лікування супутньої патології призначається відповідними спеціалістами, згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги, пацієнтки з тяжкою депресією та високим ризиком суїциду підлягають терміновій консультації лікаря-психіатра та/або госпіталізації до спеціалізованого психіатричного стаціонару; лікар загальної практики – сімейний лікар контролює своєчасне виконання призначень лікаря-спеціаліста.</p>
---	---	---



## 3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

## Амбулаторна медична допомога

## Діагностика

Діагностичні заходи спрямовані на виявлення / підтвердження діагнозу ПМС, диференціальну діагностику, встановлення причин неефективного лікування захворювання на етапі первинної медичної допомоги

Для встановлення клінічного діагнозу ПМС симптоми слід фіксувати проспективно протягом двох менструальних циклів із використанням ЩС, оскільки ретроспективне згадування симптомів є ненадійним. Щоденник симптомів заповнюється пацієнткою перед початком лікування.

**Обов'язкові:**

детальний збір анамнезу щодо менструацій, симптомів ПМР та їх впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ПМС, значущих травматичних подій нещодавно або в минулому, супутньої патології, проведеного лікування та його переносимості (пункти 4.1, 4.2 розділу IV, таблиця 1, додаток 2);

фізикальний огляд (пункт 4.3 розділу IV);

лабораторне обстеження (пункт 4.4 розділу IV);

оцінка ведення пацієнткою ЩС протягом двох менструальних циклів поспіль (додаток 3);

у жінок, у ЩС яких присутні нециклічні симптоми, слід враховувати можливість фонового психічного розладу або іншого соматичного порушення;

виявлення пацієнток, які мають високий ризик суїциду та направлення на консультацію до лікаря-психіатра;

призначення лікарем акушером-гінекологом, в окремих випадках, аналогів гонадотропін-рилізінг-гормона (ГнРГ) протягом 3 місяців для підтвердження діагнозу ПМС, якщо на основі заповненого ЩС неможливо зробити остаточний висновок;

проведення диференціальної діагностики з:

ПМЗ основного психічного розладу – афективними розладами, такими як великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад; менопаузальним переходом; порушенням функції щитоподібної залози (гіпер- або гіпотиреозом); іншими захворюваннями (пункт 4.6 розділу IV).

**Бажані:**

пацієнтці надають інформацію щодо ПМС (додаток 1);

для диференціальної діагностики проводиться визначення у сироватці крові гормонів: фолікулостимулюючого гормона (ФСГ), естрадіолу, тиротропного гормона (ТТГ), пролактину, кортизолу (таблиця 2);

за показаннями – консультація лікаря ендокринолога.

## Лікування

Лікування пацієнток з ПМС здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії. Вибір методу лікування визначається наявними симптомами та тяжкістю захворювання.

Для отримання спеціалізованої медичної допомоги направляються пацієнтки із підтвердженням ПМС/ ПМДР, у яких звичайні заходи (зміна способу життя, КПТ, СІЗС) не дали можливості контролювати симптоми. Для лікування жінок із ПМС часто слід застосовувати комплексний різносторонній підхід. Це має особливе значення у пацієнток, яким протипоказана гормональна терапія.

**Обов'язкові:**

надання рекомендацій щодо ведення здорового способу життя, регулярних фізичних навантажень та раціонального харчування;

застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ);

призначення емпіричного лікування:

вітаміни та лікарські засоби, що застосовуються в гінекології;

негормональне лікування призначається лікарем-психіатром (підпункти 1, 2 пункту 4.5 розділу IV);

гормональне лікування призначається лікарем акушером-гінекологом (підпункт 3 пункту 4.5 розділу IV, пункт 5.2 розділу V);

лікування супутньої патології призначається відповідними спеціалістами згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги.



### Спостереження за результатами лікування

Пацієнтки з ПМС потребують спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнткою рекомендацій спеціалістів

Пацієнткам необхідно порадити продовжувати відстежувати фізичні та поведінкові ознаки та симптоми за допомогою ЩЦ (додаток 3).

#### Обов'язкові:

призначення оглядів лікуючого лікаря акушера-гінеколога або лікаря психіатра для оцінки ефективності терапії, контролю прихильності до лікування;

надання рекомендацій: щодо здорового способу життя, уникнення різких змін у дієті та прийомі лікарських засобів; використання ЦС (для відстеження ефективності лікування) у подальшому за наявності симптомів до настання менопаузи; жінкам, які отримують терапію СІЗС /СІЗСН, слід надавати консультації щодо планування вагітності. Їх слід повідомити, що симптоми ПМС зменшуватимуться під час вагітності, і тому прийом СІЗС слід припинити до та під час вагітності шляхом зниження дози препарату під контролем лікаря; у випадку неефективності консервативної терапії в амбулаторних умовах, тяжких випадках ПМДР слід розглянути питання щодо госпіталізації та можливості хірургічного лікування (підпункт 4 пункту 4.5 розділу IV).

### Стационарна медична допомога

#### Госпіталізація

Госпіталізація здійснюється: у випадку наявності тяжкої депресії з високим ризиком суїциду; у разі неефективності терапії антидепресантами в амбулаторних умовах протягом 4-6 тижнів; у випадках тяжкого перебігу ПМДР для вирішення питання щодо проведення оперативного лікування.

Своєчасне направлення на стаціонарне лікування позитивно впливає на перебіг захворювання. Проведення деяких видів лікування може здійснюватися лише в умовах стаціонару.

#### Обов'язкові:

ознайомити пацієнтку з переліком можливих втручань, надати інформацію щодо ймовірного перебігу захворювання, наслідків у випадку відмови від лікування;

надати для заповнення форму первинної облікової документації «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу» (форма № 003-6/о).

### Діагностика

Діагностичні заходи спрямовані на виявлення / підтвердження діагнозу ПМС/ПМДР, диференціальну діагностику, встановлення причин неефективного лікування захворювання на етапі вторинної амбулаторної медичної допомоги

Для ПМС характерними рисами є відсутність органічних уражень та наявність великого спектра виражених фізичних, поведінкових та психологічних симптомів.

#### Обов'язкові:

детальний збір анамнезу щодо менструацій, симптомів ПМР та їх впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ПМС, значущих травматичних подій нещодавно або в минулому, наявності супутньої патології, проведеного лікування та його переносимості (пункти 4.1, 4.2 розділу IV, таблиця 1, додаток 2);

фізикальний огляд (пункт 4.3 розділу IV); лабораторне обстеження (пункт 4.4 розділу IV);

у разі необхідності проведення хірургічного лікуванням тяжкої форми ПМДР (тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгооваріоектомією) проводиться стандартне лабораторне обстеження перед хірургічним втручанням, згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

Диференціальний діагноз проводиться з:

ПМЗ основного психічного розладу – афективними розладами, такими як великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад; менопаузальним переходом; порушенням функції щитоподібної залози (гіпер- або гіпотиреозом); іншими захворюваннями (пункт 4.6 розділу IV);

обстеження, за наявності супутньої патології, призначається відповідними спеціалістами згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

#### Бажані:

для диференціальної діагностики проводиться визначення у сироватці крові гормонів: ФСГ, естрадіол, ТТГ, пролактин, кортизол (таблиця 2); за показаннями – консультація лікаря-ендокринолога.

**Лікування**

Лише у пацієток із тяжкими ПМДР, які значно порушують повсякденну діяльність, розглядається хірургічне лікування:

- у випадку неефективності медикаментозної терапії;
- за необхідності тривалого лікування аналогами ГнРГ;
- за наявності іншої гінекологічної патології, яка є показанням для хірургічного лікування

При лікуванні жінок із ПМС не слід розглядати хірургічне втручання без передопераційного використання аналогів ГнРГ з додатковою терапією прикриття для оцінки можливості лікування та гарантії переносимості комбінованої гормональної терапії (КГТ)

**Обов'язкові:**

надання інформації щодо усіх переваг та недоліків хірургічного лікування тяжкої форми ПМДР; перед плануванням хірургічного підходу до лікування ПМДР слід врахувати рекомендації (підпункт 4 пункту 4.5 розділу IV); планове хірургічне втручання – проведення тотальної гістеректомії з двобічною сальпінгооваріоектомією; при лікуванні жінок із тяжкою формою ПМС/ПМДР не рекомендуються абляція ендометрія та тотальна гістеректомія зі збереженням яєчників; лікування супутньої патології призначається відповідними спеціалістами згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги; у разі тяжкої депресивної симптоматики або/та у випадку резистентності до терапії антидепресантами протягом 4-6 тижнів слід розглянути разом з пацієнткою можливість лікування у спеціалізованому психіатричному стаціонарі. У разі наявності проявів тяжкої депресії, що несе загрозу життю пацієнтки, лікування в стаціонарних умовах є обов'язковим.

**Бажані:**

призначення монотерапії естрогенами після хірургічного лікування ПМС рекомендовано, за відсутності протипоказань, у жінок до 45 років.

**Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період**

При виписуванні пацієнтці надається детальна інформація щодо отриманого лікування, особливостей перебігу захворювання; рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження

Можливість для пацієнтки отримати необхідні консультації у післяопераційному періоді мінімізує ризик виникнення ускладнень.

**Обов'язкові:**

оформити «Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» (форма № 027/о) або витяг з Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів; надати пацієнтці інформацію щодо необхідності неухильного дотримання плану подальшого лікування та проведення періодичних обстежень.

**3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

У зв'язку з підвищеною складністю лікування ПМС у пацієток з тяжкою соматичною патологією на тлі інших високих ризиків високоспеціалізована медична допомога здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги та відповідно до організації медичної допомоги пацієнткам з ПМС/ПМДР для спеціалізованої медичної допомоги.

**III. Основна частина**

Організація медичної допомоги пацієнткам з передменструальним синдромом.

**IV. Опис етапів медичної допомоги****4.1. Фактори ризику**

Фактори навколишнього середовища та генетичні фактори відіграють певну роль у розвитку передменструальних симптомів. Попередні дані свідчать про те, що ризик ПМС і ПМДР пов'язаний з генетичними варіаціями ESR1, гена альфа-рецептора естрогену.

Інші можливі фактори ризику розвитку ПМС та ПМДР включають низький рівень освіти, куріння та травматичні події або тривожний розлад в анамнезі.

**4.2. Діагностика**

Передменструальний синдром охоплює широкий спектр психологічних симптомів, таких як депресія, тривога, дратівливість, втрата впевненості та перепади настрою. Присутні також фізичні симптоми, як правило, здуття живота та масталгія.

ПМС не обумовлений органічним або основним психічним захворюванням, симптоми регулярно повторюються під час лютеїнової фази кожного менструального циклу і зникають або значно регресують до кінця менструації.

Діагноз ПМС підтверджується скоріше часом виникнення, а не типом симптомів, та ступенем їхнього впливу на повсякденну діяльність. Характер симптомів у окремої пацієнтки не впливає на діагноз. Для того щоб відрізнити фізіологічні менструальні симптоми від ПМС, слід довести, що ці симптоми викликають у жінки значні розлади під час лютеїнової фази менструального циклу.



Для встановлення клінічного діагнозу слід провести детальний збір сімейного анамнезу, анамнезу щодо менструацій, наявності супутньої патології, та симптомів ПМС. Симптоми слід фіксувати проспективно протягом двох менструальних циклів із використанням ЩС, оскільки ретроспективне згадування симптомів є ненадійним. ЩС «Щоденні спостереження щодо серйозності проблем» (DRSP) (додаток 3) заповнюється пацієнткою перед початком лікування.

**Основний передменструальний розлад (ПМР)** – це найпоширеніший та загально визнаний тип ПМС. Як і при усіх ПМР, симптоми мають бути достатньо сильними, щоб впливати на повсякденну діяльність або перешкоджати роботі, успішності у навчанні або міжособистісним стосункам. Симптоми основного ПМР є неспецифічними і повторюються в овуляторних циклах. Вони повинні бути присутніми під час лютеїнової фази і зникати з початком менструації, після якої настає тиждень без симптомів. Обмежень щодо типу або кількості симптомів, що виникають, не існує; проте деякі жінки матимуть переважно психологічні, переважно соматичні або змішані симптоми.

Виділяють чотири підтипи ПМР (додаток 2), які не відповідають критеріям основного ПМР, їх називають «варіантними»:

**Передменструальне загострення фонового захворювання (ПМЗ)**, такого як цукровий діабет, депресія, епілепсія, бронхіальна астма та мігрень. Такі пацієнтки будуть відчувати симптоми, характерні для їхнього фонового захворювання протягом усього менструального циклу.

**Неовуляторний ПМР** виникає за наявності активності яєчників без овуляції. Наразі недостатньо доказів, але вважається, що фолікулярна активність яєчників здатна викликати симптоми.

**Прогестаген-індукований ПМР** спричинений екзогенними прогестагенами, присутніми в гормональній терапії та комбінованих оральних контрацептивах (КОК). Симптоми ПМС можуть відновлюватися у жінок, які є особливо чутливими до прогестагенів та застосовують контрацептиви, що містять лише прогестаген. Але ці симптоми ПМС не є циклічними – тому вони не належать до варіантних ПМР і вважаються побічними ефектами безперервної терапії прогестагенами (можливо, зі схожими механізмами дії).

**ПМР з відсутністю менструацій** спостерігається у жінок, у яких є оваріальний цикл, але відсутня менструація.

Діагностика ПМР з відсутністю менструацій у жінок з нормальною функцією яєчників та овуляцією, за відсутності менструацій, є більш складною. Ці жінки відчувають типові циклічні симптоми ПМС/ПМДР, але не можуть використовувати менструацію, як орієнтир для своїх симптомів. Приклади включають:

- жінок, які перенесли гістеректомію (зі збереженням яєчників) або абляцію ендометрія, результатом якої є аменорея приблизно у 35-40% випадків;
- жінок, які використовують ЛНГ-ВМС (для контрацепції або лікування тяжких менструальних кровотеч). Аменорея, зазвичай, розвивається через шість місяців використання, але овуляція зберігається приблизно у 75% жінок.

У цих ситуаціях проспективне заповнення ЩС має важливе значення для документування циклічної картини симптомів, які повторюються приблизно кожні 24-38 днів, що є нормальним діапазоном для міжменструальних інтервалів.

У жінок, у ЩС яких присутні нециклічні симптоми, слід підозрювати наявність фонового психічного розладу або соматичного порушення.

В окремих випадках допускається застосування аналога ГнРГ протягом 3 місяців для підтвердження діагнозу, якщо на основі заповненого ЩС неможливо зробити остаточний висновок.

**Передменструальний дисфоричний розлад.** Діагноз ПМДР вимагає наявності п'яти з 11 вказаних симптомів (додаток 4), одним з яких має бути настрої згідно з Посібником з діагностики і статистики психічних розладів (DSM-V). Симптоми повинні виникати строго під час лютеїнової фази і бути досить сильними, щоб порушувати повсякденну життєдіяльність.

Для діагностики та диференціальної діагностики ПМС слід розглянути нижченаведені аспекти/запитання (таблиця 1), надалі – здійснювати систематичне оцінювання симптомів.

#### **Менструальна мігрень**

Слід запідозрити менструальну мігрень у жінок та дівчат, у яких мігрень виникає переважно між 2-ма днями до та 3-ма днями після початку менструації, щонайменше у двох із трьох менструальних циклів.

Діагностику мігрені, пов'язаної з менструацією, проводять за допомогою Щоденника головного болю (додаток 6) впродовж принаймні двох менструальних циклів.

#### **4.3. Фізикальний огляд**

При фізикальному огляді жінок із ПМС/ПМДР зазвичай не виявляють специфічних ознак. Можлива наявність болючості при пальпації молочних залоз, здуття живота та збільшення маси тіла в лютеїнову фазу менструального циклу.

#### **4.4. Лабораторні обстеження**

Не існує специфічних біохімічних відхилень, пов'язаних із ПМС/ПМДР. Добові концентрації гонадотропінів та статевих стероїдних гормонів у сироватці крові жінок з ПМС нічим не відрізняються від жінок без ПМС.

Перед плановим хірургічним лікуванням (тотальна гістеректомія з двобічною сальпінгооваріектомією) в амбулаторних умовах проводиться стандартне лабораторне обстеження пацієнтки згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

#### **4.5. Формулювання діагнозу**





Таблиця 1. Основні дані, необхідні для діагностики та прийняття рішення щодо лікування ПМР

Анамнез щодо менструацій/репродуктивного періоду: частота, тривалість, тяжкість, болючість, регулярність менструацій, наявність аменореї, відомості про останню менструацію, вагітності

Анамнез ПМР: вік, в якому почалися розлади, їх характер, періодичність і тяжкість, наявність або відсутність симптомів після менструації, наявність періоду без симптомів під час фолікулярної фази

Порушення діяльності: вплив симптомів на роботу, навчання, побутову, соціальну активність тощо (щонайменше 3-5 днів); ступінь дистресу

Супутні патологічні стани (психологічні, фізичні стани, захворювання), прояви яких нарастають перед початком менструації

Суїцидальні наміри

Переносимість попередньої або поточної гормональної терапії

Планування сім'ї та готовність використовувати під час лікування бар'єрні методи контрацепції

Ставлення пацієнтки до різних методів лікування ПМР

Анамнез лікування ПМР: ефективність, побічні ефекти

Прихильність до лікування

У клінічному діагнозі «Передменструальний синдром» потрібно також вказувати: основний ПМР; варіантний ПМР (передменструальне загострення фонового захворювання, неовуляторний ПМР, прогестаген-індукований ПМР або ПМР із відсутністю менструацій); ПМДР.

#### 4.6. Диференціальна діагностика

Передменструальні розлади слід завжди диференціювати з:

- ПМЗ основного психічного розладу (афективними розладами, такими як великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад);
- менопаузальним переходом;
- порушенням функції щитоподібної залози (гіпер- або гіпотиреозом);
- зловживанням алкоголем або психоактивними речовинами та іншими захворюваннями.

**Афективні та тривожні розлади** – у деяких випадках у жінок із ПМР в анамнезі був епізод афективного або тривожного розладу. Встановлення діагнозу ПМС/ПМДР у таких випадках часто вимагає від пацієнтки ведення ЩС, який демонструє появу симптомів у лютеїнову фазу з припиненням симптомів у фолікулярній фазі циклу. У жінок із підозрою на ПМС, що мають виражені симптоми, як у фолікулярній так і в лютеїновій фазі, швидше за все, спостерігається афективний розлад, а не ПМДР. Хоча симптоми можуть погіршуватися під час лютеїнової фази, лікування повинно бути спрямоване на полегшення симптомів афективного або тривожного розладу, на практиці обидва можуть лікуватися одночасно.

#### Великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад

Скринінг депресії слід проводити серед пацієнток групи ризику, зокрема за наявності психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі, з використанням двох питань стандартизованого опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ-2):

1. Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?
2. Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?

У випадку позитивної відповіді хоча б на одне запитання необхідно проведення подальшого обстеження. Рекомендується виявляти суїцидальні наміри у пацієнток з депресією. Потрібно інформувати пацієнтку про те, що депресивний або тривожно-депресивний синдром може бути проявом депресивного розладу, який потребує спеціалізованої психіатричної допомоги, а також щодо того, де саме така допомога може бути надана.

**Менопаузальний перехід** – нові симптоми порушення настрою та/або симптоми тривоги у жінки у віці 40-50 років частіше пов'язані з менопаузальним переходом, ніж із ПМС. Симптоми ПМС зазвичай виникають у більш молодому віці, найчастіше близько 20 років.

На відміну від симптомів ПМС, які мають місце під час овуляторних циклів, симптоми менопаузального порушення настрою, зазвичай, починаються, коли менструальні цикли стають нерегулярними/ановуляторними та часто



поєднуються з іншими менопаузальними симптомами. Діагноз менопаузального переходу — це клінічний діагноз, який базується на анамнезі менструацій (початок нерегулярних циклів) із симптомами менопаузи (припливи, порушення настрою) або без них. Визначення підвищеного рівня ФСГ не є необхідним для підтвердження діагнозу менопаузального переходу.

**Порушення функції щитоподібної залози** — (гіпер-/гіпотиреоз). Гіпертиреоз, зокрема, може супроводжуватися симптомами порушення настрою. Обидва розлади можна відрізнити від ПМС на основі інших типових особливостей захворювання щитоподібної залози: на підставі анамнезу, обстеження та за допомогою визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) у сироватці крові.

**Зловживання алкоголем або психоактивними речовинами** також може викликати подібні симптоми (порушення настрою, депресія, головний біль), але ці прояви не є циклічними та не пов'язані безпосередньо з менструальним циклом.

**Інші захворювання** та розлади (наприклад, мігрень; синдром хронічної втоми, доброякісний міалгічний енцефаломієліт, синдром подразненого кишечника) посилюються безпосередньо перед або під час менструацій. Однак виражені симптоми не є типовими для ПМС, і період клінічних проявів, як правило, не обмежується лютеїною фазою.

Для диференціальної діагностики з ендокринними захворюваннями необхідно виконати лабораторні дослідження (таблиця 2).

**Таблиця 2. Основні лабораторні дослідження (сироватка крові)**

Ендокринний розлад/стан	Показник сироватки
Репродуктивний період/ менопаузальний перехід	ФСГ, естрадіол (E2)
Порушення функції щитоподібної залози	ТТГ
Гіперпролактинемія	Пролактин
Синдром Кушинга/ хвороба Аддісона	Кортизол

Лабораторні обстеження бажано проводити на 2-5-й день циклу, натще, між 8.00 та 9.00 годинами ранку.

#### 4.5. Лікування

Для лікування жінок із ПМС слід застосовувати комплексний різносторонній підхід. Алгоритм ведення пацієнок із ПМР включає різні рівні надання медичної допомоги (первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та проведення діагностичних та лікувальних заходів з урахуванням вираженості симптомів та віку жінки — репродуктивний період, менопаузальний перехід (додатки 4, 5).

Лікування ПМС потрібно проводити доти, доки у жінки продовжуються оваріальні цикли. Припинення лікування може призвести до рецидиву передменструальних симптомів, тому тривале лікування має важливе значення. Жінки з рецидивуючими симптомами, як правило, потребують лікування, доки не завагітніють або не закінчать менопаузальний перехід.

##### 1. Емпірична терапія

Найбільш вагомими докази ефективності емпіричної терапії ПМР існують для застосування токоферолу (вітаміну Е), екстракту плодів прутняка звичайного (*Agni casti fructus*) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

У випадку лікування жінок з тяжкою формою ПМС, КПТ слід завжди розглядати як варіант лікування. КПТ є важливим інструментом для зменшення функціональних порушень при ПМДР. Якщо КПТ виявиться успішною для пацієнтки, це дозволить уникнути медикаментозного лікування та потенційних побічних ефектів.

##### 2. Негормональні лікарські засоби

Селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) слід розглядати як один із варіантів лікування тяжкої форми ПМС. Підставою для початку лікування антидепресантами, за неефективності немедикаментозних засобів корекції, є наявність симптомів депресії впродовж не менше двох тижнів.

Застосування СІЗЗС/СІЗЗСН рекомендується у лютеїнову фазу менструального циклу або у безперервному режимі. Сприятливий ефект можна очікувати протягом 48 годин після початку лікування, але, власне, антидепресивний ефект проявляється наприкінці другого тижня терапії.

Жінок із ПМС, які отримують СІЗЗС/СІЗЗСН, слід попередити щодо можливих побічних ефектів, таких як нудота, безсоння, сонливість, втома та зниження лібідо. Для зменшення побічної дії лікарських засобів рекомендовано приймати СІЗЗС/СІЗЗСН лише у лютеїнову фазу циклу.

Жінки, які приймають СІЗЗС/СІЗЗСН протягом лютеїнової фази, можуть безпечно припинити прийом препарату в будь-який час, тоді як жінки, які приймають препарат у безперервному режимі для уникнення симптомів абстиненції, повинні зменшувати дозу протягом певного періоду, згідно з рекомендаціями лікаря.

Симптоми ПМС зменшуватимуться під час вагітності, і тому прийом СІЗЗС/СІЗЗСН слід припинити, під контролем лікаря, до та під час вагітності.

У жінок, у яких спостерігається варіантний ПМР, такий як передменструальне загострення, терапія антидепресантами основного психічного розладу



повинна проводитися лікарем-психіатром. У деяких пацієнток із препсихотичним станом СИЗС можуть погіршити основний психічний стан.

Жінкам та дівчатам із передбачуваною менструальною мігренню, що не піддається стандартному лікуванню, слід розглянути можливість лікування селективними агоністами 5-HT<sub>1</sub>-рецепторів серотоніну – фроватриптаном (2,5 мг двічі на день) або золмітриптаном (2,5 мг двічі або тричі на день) у дні, коли очікується мігрень.

### 3. Лікарські засоби, що містять гормони

Овуляцію можна пригнітити, використовуючи КОКи, трансдермальні естрогени у комбінації з прогестагенами, аналоги ГнРГ із додатковою терапією прикриття.

Трансдермальний естрадіол у поєднанні з циклічним прийомом прогестерону або прогестагену є ефективним для лікування фізичних та психологічних симптомів тяжкої форми ПМС.

Прогестерон у мікронізованій формі для перорального застосування (100 або 200 мг) характеризується меншою кількістю андрогенних та небажаних побічних ефектів. Прогестерон також діє як сечогінний та анксиолітичний засіб, і тому також може полегшувати симптоми ПМС.

Прогестерон у мікронізованій формі також можна вводити вагінально; так він може переноситися краще, уникаючи первинного печінкового метаболізму. При вагінальному введенні прогестерон дозволяє уникнути утворення психоактивних метаболітів, таких як аллопрегнанолон.

Для профілактики гіперплазії ендометрія при лікуванні ПМС трансдермальним естрадіолом у жінок зі збереженою маткою слід застосовувати пероральний або вагінальний прогестерон циклічно у лютеїнову фазу 10-12 днів або прогестаген ЛНГ-ВМС 52 мг протягом тривалого часу. Жінкам слід повідомляти, що низький рівень левоноргестрелу, що виділяється ВМС – 52 мг, спочатку може викликати побічні ефекти, схожі на симптоми ПМС (а також аномальні маткові кровотечі).

Для лікування жінок із ПМС слід застосовувати альтернативні бар'єрні або внутрішньоматкові методи контрацепції, якщо трансдермальний естрадіол використовується для пригнічення овуляції.

Для лікування жінок з тяжким ПМС/ПМДР ефективними є монофазні КОКи, що містять етинілестрадіол, дроспіренон та левомефолат кальцію, і їх слід розглядати в якості медикаментозної терапії першої лінії, після оцінки медичних критеріїв прийнятності контрацепції.

Аналоги ГнРГ можуть застосовуватися з метою встановлення діагнозу ПМДР (у важких для діагностики випадках) та перед плануванням хірургічного лікування тяжких форм ПМДР у випадку неефективності медикаментозної терапії.

Аналоги ГнРГ пригнічують синтез стероїдних гормонів у яєчниках, а отже викликають різке полегшення або повне зникнення симптомів у пацієнток з основним ПМР, але їх негативний

вплив на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) дозволяє розглядати їх лише у тяжких випадках. Якщо застосування аналогів ГнРГ не призводить до усунення передменструальних симптомів – це свідчить про сумнівний діагноз ПМДР, а не про обмеження терапії.

У випадку застосування у жінок із тяжкою формою ПМДР аналогів ГнРГ слід застосовувати додаткову терапію прикриття та проводити вимірювання МЩКТ

### 4. Хірургічне лікування

Для лікування пацієнток із тяжкими формами ПМС/ПМДР може розглядатися хірургічне втручання – тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгооваріоектомією у випадку:

- якщо медикаментозна терапія виявилася неефективною;
- потрібне тривале лікування аналогами ГнРГ;
- інша гінекологічна патологія є показанням для хірургічного лікування.

Хірургічне лікування у пацієнток із тяжкими симптомами ПМС/ПМДР не слід розглядати без передопераційного застосування аналогів ГнРГ з додатковою терапією прикриття для оцінки можливості лікування та гарантії переносимості КГТ.

Перед тим як вдаватися до хірургічного підходу для лікування тяжких форм ПМС/ПМДР, слід врахувати наступні рекомендації:

- діагноз ПМДР має бути підтверджений реєстрацією симптомів;
- терапія аналогами ГнРГ повинна бути єдиним ефективним медичним підходом, і вона є безперервно ефективною щонайменше протягом 6 місяців;
- толерантність до терапії прикриття під час лікування естрогеном (або комбінації естрогену та прогестагену) була перевірена під час терапії аналогами ГнРГ;
- жінка реалізувала репродуктивні плани;
- передбачається потреба у ще декількох роках терапії, залежно від віку жінки.

Для лікування жінок із тяжкою формою ПМС не рекомендуються абляція ендометрія та тотальна гістеректомія зі збереженням яєчників. Залишення яєчників призведе до збереження ПМС (за класифікацією – «варіантний» ПМР з відсутністю менструацій).

Жінкам після хірургічного лікування ПМС, за відсутності протипоказань, рекомендовано застосовувати гормональну терапію згідно із затвердженим Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді», особливо якщо їх вік молодше 45 років.

### V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження даного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці



та застосуванні клінічних маршрутів пацієнток (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, яка затверджена Міністерством охорони здоров'я України.

Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua>.

### 5.1. Первинна медична допомога

#### 1. Кадрові ресурси:

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнткам із ПМС.

#### 2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення:** відповідно до таблиця оснащення.

**Лікарські засоби** (розташування не впливає на порядок призначення):

- Вітаміни: токоферол;
- Лікарські засоби, що застосовуються в гінекології: екстракт плодів прутняку звичайного (*Agni casti fructus*);
- Антидепресанти: селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну (СІЗЗС), селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН).

### 5.2. Вторинна (спеціалізована)

медична допомога

#### 1. Кадрові ресурси

Лікарі акушери-гінекологи, лікарі психіатри, середній медичний персонал, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні спеціалізованої медичної допомоги пацієнткам з ПМС.

#### 2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення:** відповідно до таблиця оснащення.

**Лікарські засоби** (розташування не впливає на порядок призначення):

- Вітаміни: токоферол;
- лікарські засоби, що застосовуються в гінекології: екстракт плодів прутняку звичайного (*Agni casti fructus*);
- комбіновані оральні контрацептиви (КОК);
- аналоги гонадотропін-релізинг-гормона (ГнРГ);
- антидепресанти: селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну (СІЗЗС), селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН);
- анксиолітики (похідні бензодіазепіну);
- гормони статевих залоз та препарати, які застосовуються при патології статевої сфери: прогестерон, естрогени;
- лікарські засоби, що застосовуються при мігрені – селективні агоністи 5-НТ<sub>1</sub>-рецепторів серотоніну: фроватриптан, золмітриптан.

### 5.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

**1. Кадрові ресурси:** лікарі акушери-гінекологи, лікарі психіатри, середній медичний персонал, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні третинної медичної допомоги пацієнткам з ПМС.

#### 2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення:** відповідно до таблиця оснащення.

**Лікарські засоби** (розташування не впливає на порядок призначення):

- Вітаміни: токоферол;
- лікарські засоби, що застосовуються в гінекології: препарати прутняку звичайного (*Agni casti fructus*);
- комбіновані оральні контрацептиви (КОК);
- аналоги гонадотропін-релізинг-гормона (ГнРГ);
- антидепресанти: селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну (СІЗЗС), селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН);
- анксиолітики (похідні бензодіазепіну);
- гормони статевих залоз та препарати, які застосовуються при патології статевої сфери: прогестерон, естрогени;
- лікарські засоби, що застосовуються при мігрені – селективні агоністи 5-НТ<sub>1</sub>-рецепторів серотоніну: фроватриптан, золмітриптан.

## VI. Індикатори якості медичної допомоги

### 6.1. Перелік індикаторів якості

медичної допомоги

Наявність у лікуючого лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-терапевта, який надає первинну медичну допомогу, КМП із передменструальним синдромом.

Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, лікарів психіатрів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП із передменструальним синдромом.

### 6.2. Паспорти індикаторів

якості медичної допомоги

1. Наявність у лікуючого лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-терапевта, який надає первинну медичну допомогу, КМП із передменструальним синдромом.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Передменструальний синдром».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних протоколів медичної допомоги в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД



даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП закладу охорони здоров'я (ЗОЗ).

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік – 90%,

2023 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються лікуючими лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями-терапевтами, зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікуючих лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із передменструальним синдромом. Джерелом інформації є КМП, наданий лікуючим лікарем загальної практики – сімейним лікарем, лікарем-терапевтом.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, лікарів психіатрів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП з передменструальним синдромом.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Передменструальний синдром».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

Індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних протоколів медичної допомоги в регіоні. Якість медичної допомоги

пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік – 90%,

рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами, лікарями-психіатрами, зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із передменструальним синдромом. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями акушерами-гінекологами, лікарями-психіатрами.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування.

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-психіатрів, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги**

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Передменструальний синдром», 2021.

2. Закон України № 1489-III від 22 лютого 2000 року (редакція 20 грудня 2018 року) «Про психіатричну допомогу».

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 9 грудня 2020 року № 2837) «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій



щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 348/31800.

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 586 «Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 5 березня 2020 року за № 235/34518.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2020 року № 2136 «Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2020 року за № 952/35235.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2020 року № 2857 «Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350.

**Генеральний директор Директорату медичного забезпечення Олександра МАШКЕВИЧ**



## Додаток 1

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги  
«Передменструальний синдром» (пункт 3.1 розділу III)**Інформація для пацієнтки****Що таке передменструальний синдром?**

Передменструальний синдром (ПМС) – це захворювання, що проявляється фізичними та емоційними симптомами, що впливають на повсякденне життя за тижні до менструації. Ці симптоми зазвичай зменшуються з її початком та часто зникають до кінця менструації.

Майже в усіх жінок спостерігаються деякі передменструальні симптоми. Симптоми у кожної жінки різні, але найпоширеніші включають:

- перепади настрою;
- почуття депресії, дратівливості чи гарячковості;
- почуття тривоги чи емоційного розладу;
- підвищену втому або проблеми зі сном;
- головний біль;
- зміни апетиту та потяг до їжі;
- почуття незграбності;
- затримку рідини та набряки;
- зміни шкіри або волосся;
- болючість молочних залоз.

У 2-4 зі 100 жінок спостерігається ПМС, який є досить тяжким, щоб порушувати повсякденне життя. У дуже невеликої частини жінок спостерігається ще більш інтенсивна форма ПМС, відома як передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР). Симптоми ПМДР включають депресію, перепади настрою, гнів, занепокоєння, почуття пригніченості, труднощі з концентрацією уваги, дратівливість та напругу.

**Що викликає ПМС?**

Причини виникнення ПМС невідомі. Симптоми можуть бути пов'язані зі зміною рівня гормонів та хімічних речовин у організмі. Рівень гормонів змінюється впродовж менструального циклу. Деякі жінки більш чутливі до цих гормональних змін, що призводить до описаних симптомів. Симптоми ПМС зникають під час вагітності та після настання менопаузи. Жінки, які використовують деякі форми гормональної контрацепції, менше страждають від ПМС.

ПМС також пов'язаний з різними хімічними речовинами у крові які називаються нейромедіаторами, такими як серотонін та гамма-аміномасляна кислота (ГАМК). Недостатня кількість серотоніну може сприяти передменструальній депресії, а також підвищеній втомі, надмірному потягу до їжі та проблемам зі сном. Деякі жінки з тяжким ПМС мають недиагностовану депресію, хоча сама по собі депресія не викликає усіх симптомів.

**Як діагностують ПМС?**

Усі симптоми, які з'являються слід записувати у щоденник симптомів (ЩС), щонайменше впродовж двох менструальних циклів поспіль. Під час прийому лікар переглядає ЩС, щоб визначити, чи відповідають симптоми діагнозу ПМС. Якщо ЩС виявиться недостатньо для встановлення діагнозу, лікар може запропонувати лікування аналогами гонадотропін-рилізінг-гормона (ГнРГ) протягом 3 місяців. Це тимчасово зупиняє продукцію гормонів яєчниками, що допомагає у встановленні діагнозу ПМС/ПМДР.

Деякі стани можуть імітувати ПМС, включаючи синдром хронічної втоми, порушення функції щитоподібної залози та розлади настрою, такі як депресія та тривожні розлади. Ваш лікар може призначити відповідні лабораторні обстеження (визначення гормонів у крові), задати додаткові запитання, направити на консультації для встановлення діагнозу.

**Які питання може задавати лікар?**

Лікар, швидше за все, запитав про таке:

Наскільки виражені симптоми ПМС?

У які дні менструального циклу симптоми ПМС проявляються найбільшою мірою?

Чи бувають дні менструального циклу без симптомів ПМС?

Чи можете Ви передбачити, коли з'являться симптоми ПМС?

Що полегшує або погіршує симптоми ПМС?

Чи заважають симптоми ПМС Вашій повсякденній діяльності?

Чи відчували Ви останнім часом пригніченість, депресію або безнадійність?

Діагностували у Вас особисто або у когось з родичів психічний розлад?

Які методи лікування ПМС Ви використовували раніше? Чи були вони ефективними?

**Які варіанти лікування ПМС?**

Лікар порадить варіанти лікування, які допоможуть керувати симптомами ПМС та дозволять покращити Ваше повсякденне життя. Рекомендовано продовжувати вести ЩС принаймні ще 2-3 місяці, оскільки це допоможе зрозуміти, чи є призначене лікування дієвим.

**Зміни способу життя**

Можна зробити кілька послідовних кроків, щоб спробувати зменшити свої симптоми:

- здорове збалансоване харчування;



## Продовження додатка 1

- регулярні фізичні навантаження;
- зменшення стресу та керування ним, наприклад, за допомогою медитації, йоги, управління диханням та релаксації;
- припинення куріння.

**Психологічна підтримка та терапія**

Відомо, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає при тяжких симптомах ПМС і може бути запропонована як варіант лікування. Це передбачає обговорення з лікарем психотерапевтом та може допомогти вивчити нові способи керування симптомами ПМС для зменшення їх впливу на повсякденну діяльність.

**Емпірична терапія**

Якщо Ви приймаєте будь-які ліки або дієтичні добавки, слід повідомити лікаря. Лікарські засоби, які містять екстракт прутняку звичайного (*Vitex agnus castus*), можуть бути корисними.

**Негормональні лікарські засоби**

У деяких випадках антидепресанти допомагають зменшувати симптоми ПМС і рекомендуються як один з першочергових методів лікування **тяжкої форми ПМС. Антидепресанти повинен призначати тільки лікар. У разі застосування необхідно чітко дотримуватися призначеної схеми та дозування антидепресантів.** В окремих випадках застосування антидепресантів можуть виникати побічні ефекти, які включають: нудоту, безсоння, втому та зниження лібідо (зменшення зацікавленості у сексі).

Якщо Ви вирішили припинити прийом антидепресантів, важливо робити це поступово, щоб не виникло симптомів абстиненції (відміни), таких як головний біль, безсоння та втома. Лікар проконсультує Вас, як це зробити правильно.

Якщо Ви плануєте вагітність або завагітніли, слід поговорити з лікарем, перед тим як припинити приймати будь-які ліки.

**Лікарські засоби, що містять гормони**

Для лікування важких форм ПМС/ПМДР можуть застосовуватися лікарські засоби, що містять гормони.

**Лікування призначає лише лікар акушер-гінеколог. Недопустимо займатися самолікуванням.**

**Хірургічне лікування**

Лікар акушер-гінеколог може запропонувати хірургічне лікування лише у виняткових випадках, якщо спостерігаються тяжкі симптоми ПМС/ПМДР, а усі інші методи терапії не допомогли або протипоказані.

Видалення матки (гістеректомія) разом з яєчниками та матковими трубами може усунути тяжкі симптоми ПМС шляхом створення штучної менопаузи. Проте ця операція рекомендована лише жінкам, які народили бажану кількість дітей або які мають інші гінекологічні захворювання, що потребують хірургічного лікування.

У випадку планування операції з видалення матки з придатками лікар призначає аналоги ГнРГ та гормональну терапію протягом 3–6 місяців, щоб передбачити ефективність оперативного лікування для усунення симптомів ПМС.

Після хірургічного лікування для профілактики симптомів менопаузи (припливів, зменшення міцності кісток) лікар акушер-гінеколог може порадити використовувати гормональну терапію.

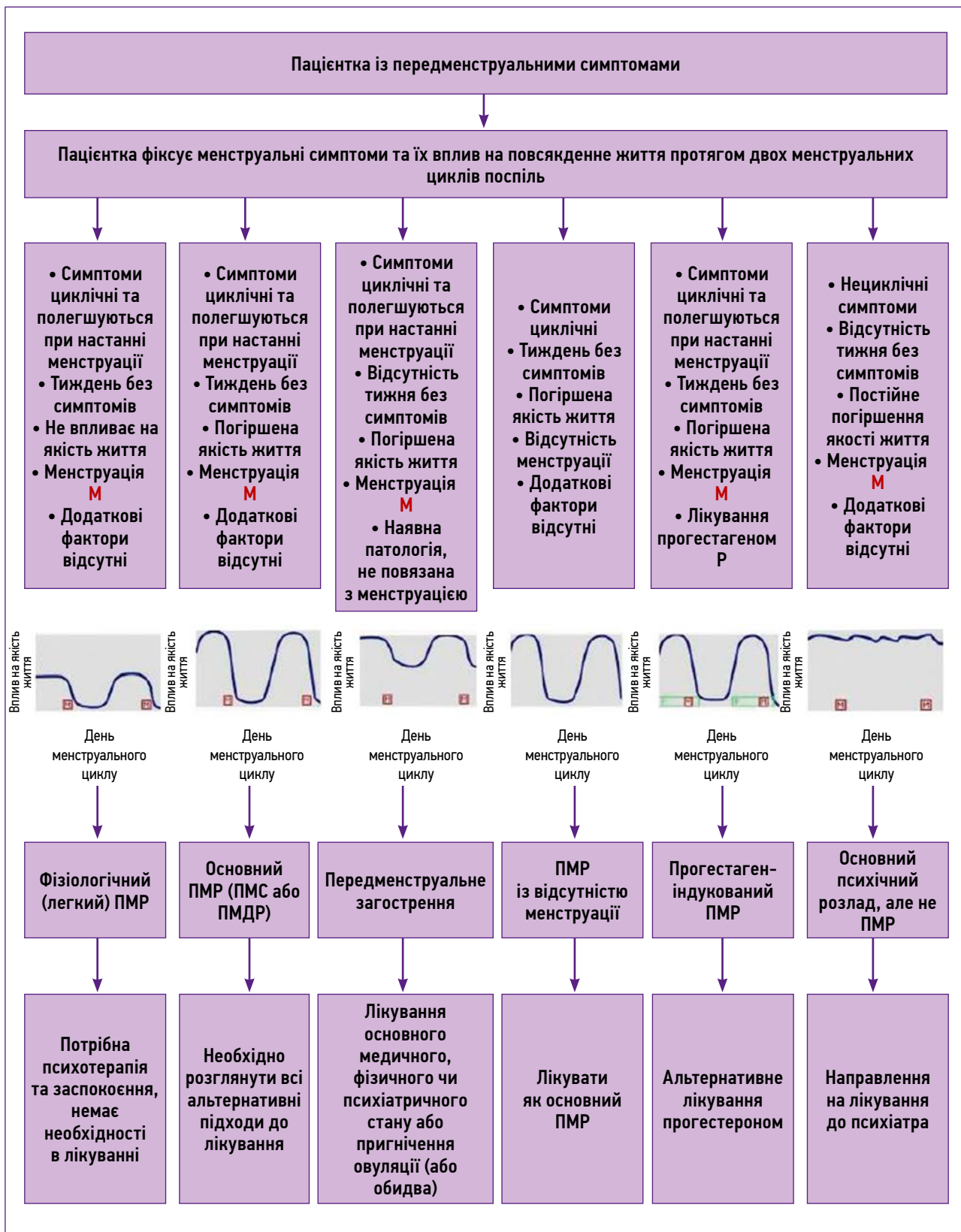
Хірургічне лікування, таке як абляція (видалення) ендометрія або гістеректомія без видалення обох яєчників, для лікування не рекомендується.



Додаток 2

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги  
«Передменструальний синдром»

Класифікація ПМС





**Додаток 3**  
**до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром»**  
**Щоденник симптомів «Щоденні спостереження щодо серйозності проблем» (DRSP)**

Роздрукуйте та додайте стільки аркушів, скільки потрібно принаймні для двох ПОВНИХ місяців оцінки

Ім'я чи ініціали \_\_\_\_\_

Місяць/рік \_\_\_\_\_

Кожного вечора зазначаєте, наскільки Ви відчували кожен з перелічених нижче проблем. Поставте «x» у клітинці, яка відповідає тяжкості:

- 1 – зовсім відсутні,
- 2 – мінімальні,
- 3 – легкі,
- 4 – середні,
- 5 – тяжкі,
- 6 – надзвичайно тяжкі.

Вкажіть день тижня (понеділок – «Пн», четвер – «Чт» тощо) > Позначте незначні кров'яністі в виділення літерою «S» > Позначте менструацію літерою «М» > Почніть оцінку з належного календар- ного дня >	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	6 Почувалася у пригніченому, сумному, меланхолічному або похмурому настрої, або почувалася безнадійно; або відчувала себе нікчемною чи винною																															
5																																
4																																
3																																
2																																
1																																
6																																
5																																
4																																
3																																
2																																
1																																
6																																
5																																
4																																
3																																
2																																
1																																



3	Мала перепади настрою (тобто раптом почувалася сумно або хотілося плакати), або чутливо реагувала на відмову, або почувалася дуже вразливою	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	
4	Почувалася злою або дратівливою	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	
5	Мала менший інтерес до звичної діяльності (робота, школа, друзі, захоплення)	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	
6	Виникли труднощі з концентрацією уваги	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	
7	Почувалася млявою, втомленою або виснаженою; або відчувала нестачу енергії	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	



8	Мала підвищений апетит або переїдала; або відчувала по-тяг до певної їжі	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	
9	Більше спала, дрімала, було тяжко вставати в потрібний час; або мала проблеми із засинанням або сном	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	
10	Почувалася переповненою емоціями або мала відчуття, що не впораюся; або почувалася неконтрольованою	6	
		5	
		4	
		3	
		2	
		1	





## Додаток 4

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги  
«Передменструальний синдром»  
(пункт 4.2 розділу IV)

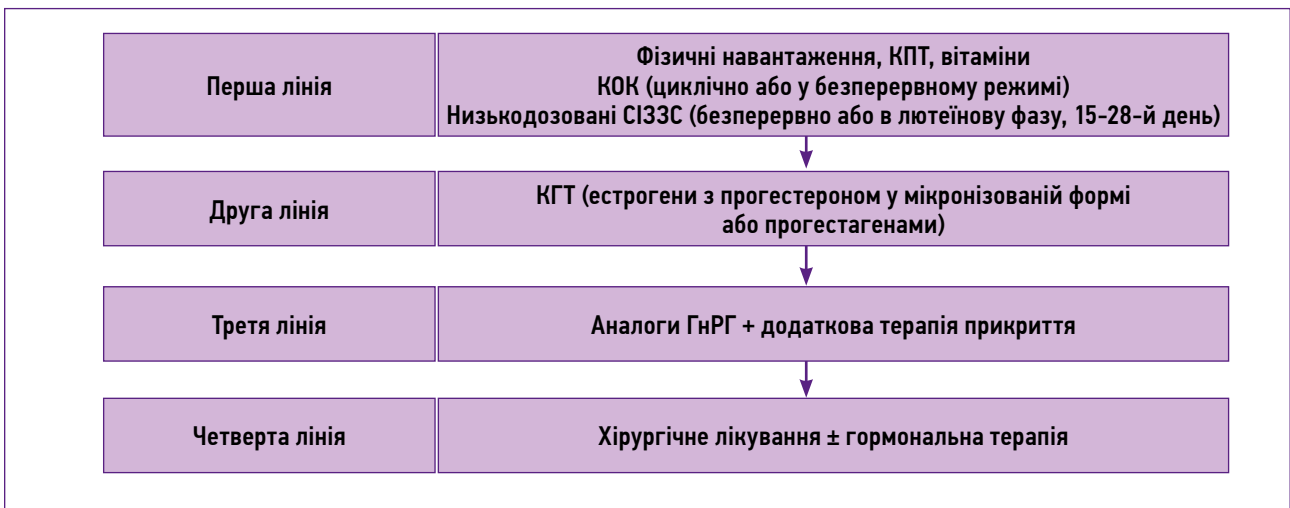
Критерії передменструального дисфоричного розладу (ПМДР)  
(O'Brien S. et al., 2011)

A	Протягом більшості менструальних циклів принаймні 5 симптомів присутні в останній тиждень перед початком менструації, потім зменшуються впродовж кількох днів після початку менструації та стають мінімальними або відсутні протягом тижня після менструації
B	Має бути присутній >1 симптом: <ul style="list-style-type: none"> <li>• виражена афективна лабільність (наприклад, перепади настрою, безпричинний смуток, підвищена образливість);</li> <li>• виражений гнів чи дратівливість або часті міжособистісні конфлікти;</li> <li>• виражене відчуття безнадії, пригнічений настрій, самопринизливі думки;</li> <li>• виражена напруга, тривога, відчуття «на межі»</li> </ul>
C	Має бути присутній $\geq 1$ симптом, а в сумі з вищенаведеними симптомами критерію B має бути 5 симптомів: <ul style="list-style-type: none"> <li>• порушення концентрації уваги;</li> <li>• порушення апетиту, потяг до певної їжі, переїдання;</li> <li>• зниження інтересу до звичайної діяльності;</li> <li>• швидка втомлюваність, нестача енергії;</li> <li>• відчуття пригніченості або неможливості контролю своєї поведінки;</li> <li>• болісність молочних залоз, здуття живота, збільшення маси тіла або біль у м'язах/суглобах;</li> <li>• гіперсомнія або безсоння</li> </ul>
D	Симптоми супроводжуються клінічно значущим дистресом або порушенням діяльності на роботі, навчанні, під час повсякденної активності або при взаємодії з іншими людьми
E	Розлад не є звичайним загостренням симптомів іншого патологічного стану або психічного розладу, такого як великий депресивний розлад, панічний розлад, стійкий депресивний розлад (дистимія) або розлад особистості (хоча це може відбуватися одночасно з будь-яким із цих розладів)
F	Наявність критерію A слід визначати за даними проспективного ЩС протягом щонайменше двох циклів, під час яких наявні симптоми
G	Симптоми не пов'язані з фізіологічним впливом певної речовини (наприклад, зі зловживанням наркотиками, ліками) або іншим патологічним станом (наприклад, із гіпертиреозом)

## Додаток 5

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги  
«Передменструальний синдром» (пункт 4.5 розділу IV)

## Лікування ПМС – алгоритм прийняття рішень





**Додаток 6**  
до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром»  
(пункт 4.2 розділу IV)

**Щоденник головного болю**

ПІБ \_\_\_\_\_ Дата народження (д/м/р) \_\_\_\_\_

Початок заповнення щоденника: \_\_\_\_\_ Закінчення заповнення щоденника: \_\_\_\_\_

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1. Дата (число місяця, менструація М)	Ні																																		
	Так																																		
3. Якщо так, коли Ви вперше його помітили? (год:хв)																																			
4. Коли Ваш ГБ припинився? (год:хв)																																			
5. Протягом години до початку ГБ чи відзначали Ви зорові порушення (спалахи світла, ліній-зигзаги, «сліпі» плями, інше)?	Ні																																		
	Так																																		
6. Де відзначався ГБ?	З одного боку																																		
	З обох сторін																																		
7. Характер ГБ	Пульсуючий																																		
	Стискаючий																																		
8. Чи погіршувався ГБ при фізичній активності (підйом сходами або інше)?	Ні																																		
	Так																																		



9. Якою була в цілому інтенсивність ГБ? (Див. інструкцію)	Незначний	
	Сильний	
10. Чи була у Вас нудота?	Дуже сильний	
	Ні	
	Незначна	
11. Чи було у Вас блювання?	Помітна	
	Ні	
12. Вас дратувало світло?	Так	
	Ні	
13. Вас дратував шум?	Так	
	Ні	
14. Чи могло щось стати причиною ГБ?	Якщо так, уточніть	
15. Чи приймали Ви сьогодні якісь препарати від ГБ або будь-якого іншого болю Для кожного препарату вкажіть: А) назва Б) прийнята доза В) час прийому		





**Примітка.** Перед заповненням щоденника уважно прочитайте інструкцію! Заповнюйте одну колонку щовечора, відзначаючи відповідні квадратики. **Будь ласка, переконайтеся, що Ви заповнили всі колонки!**

### Інструкція щодо відповідей на запитання

1. Вкажіть дні менструації позначкою «М».
2. Відзначайте «Так» чи «Ні» в клітинках навпроти усіх питань або відразу перейдіть до питання 15 (якщо ГБ цього дня не було).
3. Вкажіть час (годину у 24-годинному форматі), коли Ви вперше помітили появу ГБ. Якщо Ви прокинулися вже з головним болем, вкажіть час пробудження. (Якщо ранковий ГБ є продовженням вечірнього, поставте в колонці знак «х».)
4. Вкажіть час (година і хвилини в 24-годинному форматі), коли головний біль повністю припинився. Якщо в цей день перед сном ГБ ще зберігався, залиште клітинку незаповненою. Якщо ГБ вранці був відсутній, вкажіть час відходу до сну. Якщо ГБ вранці зберігався, поставте «х» у графі цього дня, а також «х» у графі питання 3 в наступній колонці. Продовжуйте Ваші записи наступного дня звичайним чином.
5. У деяких людей в межах 1 години до початку ГБ відзначаються певні зорові порушення. Це можуть бути спалахи світла, зигзагоподібні лінії, «сліпі» плями або «чорні діри», присутні навіть при заплющенні очей. Відзначте «Так», якщо у Вас спостерігалось щось подібне, або «Ні», якщо такі явища не виникали. Якщо Вас просто дратувало світло (див. питання 12) і нічого більше, відзначте «Ні».
6. Відзначте клітинку, що відповідає локалізації ГБ (переважно з одного боку голови або з обох сторін).
7. Хоча існує безліч описів характеру ГБ, більшість є або «пульсуючими» (біль посилюється в такт із серцебиттям), або «стискаючими» (по типу відчуття «обруча» або «каска»). Відзначте ту характеристику, яка найкраще відповідає типу Вашого ГБ.
8. Деякі види ГБ посилюються навіть при незначному фізичному навантаженні (наприклад, при підйомі сходами) або змушують людину уникати такої активності. Відзначте «Так», якщо це стосується Вашого ГБ, і «Ні» – якщо це для Вас не характерно.
9. Інтенсивність (сила) ГБ – важлива складова діагнозу. Оцініть силу Вашого ГБ, зробивши відмітку у відповідній клітинці, якщо: «незначний» ГБ – це ГБ, який не порушує виконання звичайних видів діяльності (тобто Вашу працездатність і звичайну активність), «сильний» – ускладнює, але повністю не перешкоджає виконанню звичайних видів діяльності, і нарешті, «дуже сильний» – ГБ, який повністю порушує Вашу звичайну активність. Постарайтеся оцінити інтенсивність ГБ протягом дня в цілому. Наприклад, якщо біль був незначним у першій половині дня, а потім став дуже сильним, відзначте клітинку «Сильний». Якщо ж біль протягом майже всього дня був дуже інтенсивним, відзначте «Дуже сильний».
10. Відзначте «Ні», якщо протягом дня у Вас зовсім не було нудоти. Якщо відзначалася легка нудота, яка Вас майже не турбувала, не викликала відрижки і позивів до блювання, відзначте «Незначна», у випадку більш вираженої нудоти – «Помітна».
11. Відзначте «Так» або «Ні». Відрижка та позиви до блювання не вважаються блюванням.
12. Питання стосується звичайного денного або світла у кімнаті, а не дуже яскравого світла. Відзначте «Так», якщо звичайне світло дратувало Вас або Ви намагалися уникнути його шляхом затемнення кімнати чи носіння темних окулярів. В іншому випадку відзначте «Ні».
13. Питання стосується звичайного шуму, а не дуже гучних звуків. Відзначте «Так», якщо шум дратував Вас або Ви намагалися уникнути його шляхом усамітнення в тихій кімнаті. В іншому випадку відзначте «Ні».
14. Перелічіть, будь ласка, будь-які причини (фактори), які, на Вашу думку, могли викликати ГБ. Можливо, Ви щось з'їли, випили, зробили (наприклад, пропустили обід, провели безсонну ніч, працювали фізично) або були інші причини (зміна погоди, стрес, менструація).
15. Перелічіть назви будь-яких препаратів (таблетки, супозиторії, ін'єкції, назальні спреї), які Ви приймали від головного або будь-якого іншого болю. Для кожного препарату вкажіть кількість прийнятих доз, а також час прийому (годину в 24-годинному форматі) кожного з препаратів. Не вказуйте препарати, прийняті Вами за іншими показаннями.

*Джерело: Steiner, T.J., Jensen, R., Katsarava, Z. et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition). J Headache Pain 20, 57 (2019). <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0899-2>*