

of ovarian masses. Clin Chem Lab Med 49: 2081-2088

19. Lim AW, Mesher D, Gentry-Maharaj A, Balogun N, Jacobs I, et al. (2012) Predictive value of symptoms for ovarian cancer: comparison of symptoms reported by questionnaire, interview, and general practitioner notes. J Natl Cancer Inst 104: 114-124.

20. Milojkovic M, Hrgovic Z, Hrgovic I, Jonat W, Maass N, Bukovic D. Significance of CA 125 serum level in discrimination between benign and malignant masses in the pelvis. Arch Gynecol Obstet 2004;269(3):176-180.

21. Molina R, Escudero JM, Augé JM, Filella X, Foj L, et al. (2011) HE4 a novel tumour marker for ovarian cancer: comparison with CA 125 and ROMA algorithm in patients with gynaecological diseases. Tumour Biol 32: 1087-1095.

22. Montagnana M, Danese E, Ruzzenente O, Bresciani V, Nuzzo T, et al. (2011) The ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) for estimating the risk of epithelial ovarian cancer in women presenting with pelvic mass: is it really useful? Clin Chem Lab Med 49: 521-525.

23. Moore RG, McMeekin DS, Brown AK, DiSilvestro P, Miller MC, et al.(2009) A novel multiple mar-

ker bioassay utilizing HE4 and CA125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass.

24. Munteanu I. Chirurgia endoscopică în ginecologie. Timișoara, Ed. Academiei Române. 2008; p. 303-355.

25. Munteanu I: Tratat de obstetrică. Ediția II-a, Editura Academiei Române, București, 2006: 591-623 (Furau C. , Diagnosticul precoce al formațiunilor asociate sarcinii și managementul acestora, Arad, 2014, p. 8.)

26. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up. Gynecol Oncol 55: S4-14.

27. Novotny Z, Presl J, Kucera R, Topolcan O, Vrzalova J, et al. (2012) HE4 and ROMA index in Czech postmenopausal women. Anticancer Res 32: 41374140.

28. Paladi Gh. Ginecologie. Chisinau 1997. pag. 22-23.

29. Вишневецкая Е.Е. Справочник по онкогинекологии. 2-е изд., переработанное и дополненное. Минск: Беларусь, 1994. 432 с.

30. Новикова Е.Г., Чиссов В.И., Чулкова О.В. и др. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии. М.:Видар, 2000. 112 с.

© Zinaida Sârbu, C. Ostrofeț, Silvia Agop

Zinaida Sârbu, C. Ostrofeț, Silvia Agop

TRATAMENTUL HOMEOPATHIC AL SINDROMULUI PREMENSTRUAL (PMS) LA ADOLESCENTE.

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF

(Șef catedră – prof.univ., dr. hab. med. Olga Cernetechi)

SUMMARY

THE HOMEOPATHIC TREATMENT PMS OF ADOLESCENT PACIENTIS

Key words: Guna PMS, PMS, pains.

This article provides the use of the homeopathic treatment of premenstrual syndrome in adolescents. In this study participated 25 adolescent girls with an average age $15,5 \pm 1,1$ years. The patients with PMS administered Guna - PMS for 2-3 days until the advent syndrome and all menstruation, from 20 drops 2 times a day. It was found that during treatment with Guna-PMS, the first month of treatment began with the advent of pain syndrome, which began after 15 min the pains have decreased considerable from prescribing to disappear completely in 2 hours in 17 ($68,0 \pm 0,1\%$) patients, and 5 ($20,0 \pm 0,9\%$) patients were assigned 10 drops Guna - PMS, and then the pain disappeared.

РЕЗЮМЕ

ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ

Ключевые слова: Guna PMS, предменструальный синдром, боль.

В данной статье предложено применение гомеопатическое лечение предменструального синдрома у подростков. Принимали участие 25 девушек подростков, средний возраст которых $15,5 \pm 1,1$ лет. Девушкам за 2-3 дня до

появления синдрома назначали по 20 капель Гуна – PMS, 2 раза в день до 2 дня менструации. Было установлено что на фоне лечения с Гуна-PMS, в первый месяц лечения отмечено уменьшением интенсивности болевого синдрома, который начался после 15 мин. от назначения препарата. Полное исчезновение болевого синдрома отмечено у 17 (68,0±0,1%) пациенток через 2 часа, а 5 (20,0±0,9%) пациенток возникла необходимость назначения еще 10 кап. Гуна – PMS, после чего исчезли боли.

Actualitatea problemei

Sindromul premenstrual (PMS) este un sindrom ce se manifestă clinic prin dureri acute, ciclice care apar cu 1-2 zile înainte de menstruație și care persistă și în primele zile de menstruație, fiind însoțite de simptome neuro-vegetative (slăbiciune generală, grețuri, vomă, cefalee, diaree, pierderea cunoștinței). Noțiunea de PMS este egală cu cea de dismenoree, deoarece în traducere înseamnă: dis = disfuncție, meno = lunară, rhoe = hemoragie.

Conform datelor literaturii de specialitate dismenoreea are o incidență de 31-52%, iar printre adolescente se constată 7,9 - 22% [1,2,16]. Deoarece SPM conduce la schimbări în statusul psihosomatic al pacientelor, mai ales printre adolescente, la care statutul hormonal ca și celelalte organe și sisteme sunt încă în dezvoltare, este necesar de a avea în arsenal pentru tratament, preparate care ar duce la dispariția semnelor clinice, fără a influența maturizarea organismului care se finalizează definitiv, conform datelor literaturii de specialitate, la vârsta de 19 ani [2,17].

De aceea ne-am propus să efectuăm un studiu care are **drept scop** de a aprecia efectul terapeutic al preparatului homeopatic Guna – PMS în tratamentul dismenoreei la adolescente.

Pentru a realiza scopul propus au fost rezolvate următoarele sarcini.

- Aprecierea cauzei dismenoreei primare la adolescente.

- Determinarea exprimării clinice a dismenoreei la adolescente.

- Aprecierea eficacității preparatului Guna –PMS.

Studiul a fost efectuat în baza Catedrei de Obstetrică și Ginecologie FECMF, la adolescentele care se adresau ambulatoriu pentru consultație cu dismenoree.

Complexul diagnostic a inclus următoarele examinări:

- clinice: culegerea datelor clinico-anamnestice; examenul obiectiv;

- de laborator: aprecierea hormonilor sexuali în funcție de faza ciclului menstrual (CM).

În primele 7 zile ale ciclului menstrual, serologic s-a apreciat nivelul de testosteron, hormonului tireotrop (TSH), prolactinei (PrI), s-a efectuat hemoleucograma și nivelul glucozei; la a 13-14-a zi de CM s-a determinat nivelul hormonilor – foliculostimulant (FSH), lutienizant (LH), estradiol; la a 21-22-a zi de CM s-a apreciat nivelul hormonilor LH și progesteron.

- Examinări instrumentale : examenul USG-fic, pentru a exclude anomalii de dezvoltare a organelor genitale, s-a efectuat în prima fază a CM.

Conform clasificării a X-a internaționale a maladiilor, dismenoreei primare îi corespunde codul N 94.4, formei secundare a dismenoreei N 94.5, iar formei neclasificate de dismenoree - N 94.6.

Criteriile de excludere din studiu au fost următoarele:

- Anomalii de dezvoltare ale organelor genitale; Infecția acută mixtă; Prezența în anamneză a vieții sexuale; Patologia extragenitală gravă; Pacientele ce nu au semnat acordul informat.

Materiale și metode. Studiul caz -control a fost efectuat în perioada aprilie-noiembrie 2012 pe un eșantion de 25 adolescente, care au fost tratate cu Guna PMS, în doze de 20 pic., de 2 ori pe zi cu 30 min până sau după masă cu 2-3 zile până la apariția dismenoreei și în zilele când simptomele ei persistau.

Pentru control am folosit datele publicate în literatură de specialitate caracteristice pentru adolescente sănătoase [17].

Preparatul homeopatic Guna–PMS, este înregistrat în Republica Moldova, reprezintă un lichid livrat în flacoane de 30 ml și are următoarea componență [18].

Guna-PMS este indicat în sindromul premenstrual (dureri menstruale, depresii, irascibilitate, cefalee, tensionarea și durerea glandelor mamare, hiperhidroză); dismenoree, sindromul menopauzal.

Guna-PMS nu are contraindicații.

Gradul de severitate al dismenoreei a fost apreciat după următoarele criterii (tab.2).

S-a evaluat efectul preparatului homeopatic Guna-PMS, cu aprecierea timpului micșorării durerii până la dispariția semnelor clinice. S-a estimat efectul preparatului peste 15 min, 30 min, o oră, o oră și 30 min.... fiecare 30 min până la dispariția completă a durerilor.

Rezultate și discuții. Analizând rezultatele obținute am constatat că vârsta medie a adolescentelor incluse în studiu a variat între 14,5 și 16,5 ani în medie 15,5 ± 1,1ani. Toate adolescentele incluse în studiu erau eleve în clasele 8 - 11 din câteva licee, dintre care 8 (32,0±0,1%) paciente proveneau din mediul rural și 17 (68,0±0,1%) din urban. Toate au menționat prezența stresului din motiv că au mult de învățat, iar 5(20,0±0,9%) paciente erau suplimentar stresate din cauza că părinții lor sunt peste hotare și ele trăiesc cu bunicile, neamuri (se tem că vor fi abandonate de părinți).

Compoziția preparatului homeopatic Guna-PMS

	<i>Denumirea substanței</i>	<i>Efectul terapeutic al substanței</i>
1.	Arsenium album 6C	Efect antidegenerativ
2.	B –estradiol 6X	Efect asemănător estrogenilor
3.	Chamomilla 6C	Efect antiinflamator
4.	Hydrastis canadensis 6C	Efect antiinflamator asupra mucoaselor. Preîntâmpină procese proliferative în țesutul limfoid.
5.	Hypophysis, Porcine 8X	Efect reglator în disfuncție și insuficiență funcțională a hipofizei
6.	Lachesis mutus 4C	Efect antiinflamator
7.	Magnesia phosphorica 6C	Ațiune catalitică asupra funcțiilor enzimaticice
8.	Melatonin 4C	Efect modulator neuro-endocrin
9.	Nux vomica 6C	Efect dezitoxicant și antiinflamator
10.	Oophorium 8X	Efect stimulator asupra gonadelor
11.	Progesterone 6X	Ațiune stimulantă asupra corpului galben
12.	Sulphur 6C	Ațiune catalitică asupra funcțiilor enzimaticice

Tabelul 2

Criteriile de apreciere a gravității SPM.

<i>Gradul</i>	<i>Definiție</i>
Ușor	Nu afectează activitatea socială și profesională a pacientei
Moderat	Afectează activitatea socială și profesională, dar persoana este capabilă de a funcționa și activa suboptimal.
Sever	Persoana este incapabilă să activeze personal, social și profesional; se retrage din activitățile sociale și profesionale (este rezistent PMS la tratament)

Rezultatele studiului, la fel ca și datele literaturii de specialitate, au confirmat că factori predispozanți pentru dismenoreea primară sunt stresul cronic pe care îl au adolescentele legat de școală, frica de a fi abandonați de părinții care lucrează peste hotare și frică să nu se întâmple ceva cu bunicii lor [2,3,15,6,17,].

Durerea în regiunea inferioară a abdomenului este sindromul principal acuzat de adolescente, iar pragul de sensibilitate la durere este format, după cum se știe, dintr-un echilibru al sistemelor endogene durere

și antidurere care sunt controlate de sistemul nervos vegetativ, caracterul durerii fiind dependent de tipul sistemului nervos vegetativ implicat: dacă la persoană predomină sistemul nervos vegetativ simpatic, adrenoergic, durerea este acută, laucinantă; atunci când predomină sistemul nervos vegetativ (SNV) parasimpatic, durerea este surdă, apăsătoare, săcâitoare [7,16,17,18].

Pentru a aprecia care tip de disfuncție neurovegetativă predomină în dismenoree la adolescentele estimate, am analizat datele din ancheta lor.

Tabelul 3

Semnele disfuncției neurovegetative

<i>Semnele clinice</i>	<i>SNV simpatic</i>	<i>SNV parasimpatic</i>	<i>Combinat</i>
Cefalee	++	±	+
Simțul de căldură	+	-	-
Tremurici mărit	-	+	-
Greturi	±	+++	-
T°- corpului	mărită	N	micșorată
Vârtejuri, pierderi de cunoștință	-	+	±
Diaree	-	+	-
Sufocare, aerofobie	-	-	+
Tahicardie	+	-	+
Bradycardie	-	+	-

(unde cu minus „-” se notează lipsa semnelor clinice, cu un plus „+” semnele nepronunțate și cu „++”, „+++”, simptomele pronunțate).

Astfel, analizând datele anchetei de adolescentelor, am constatat că, la pacientele cu dismenoree predomi-

nau semnele clinice caracteristice pentru SNV parasimpatic în 12 (48,0±0,7%) cazuri, ale SNV simpatic

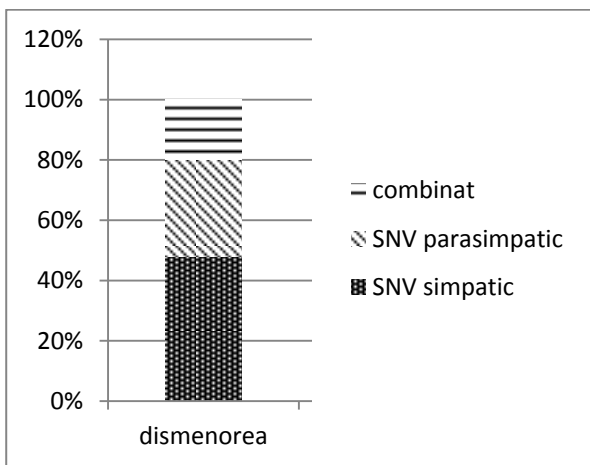


Fig. 1. Structura tipului de sistem nervos vegetativ care predomină în PMS

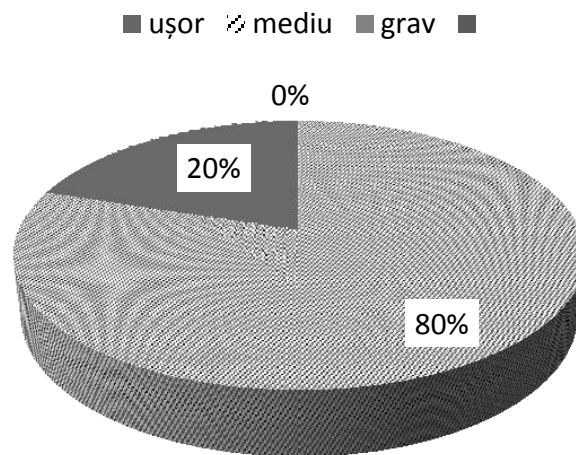


Fig. 2. Gradele de severitate al PMS

în 8 (32,0±0,8%) cazuri, iar la 5 (20,0±0,9%) paciente s-a determinat prezența semnelor clinice caracteristice și pentru sistemul nervos parasimpatic și pentru cel simpatic, adică forma combinată (fig.1). Menționăm că anume la aceste 5 adolescente dismenoreea decurgea cu grad sever de exprimare clinică.

Așadar putem să concluzionăm că cele 12(48,0±0,7%) paciente cu predominarea semnelor SNV simpatic prezentau gradul mediu de severitate al PMS, cele 8 (32,0±0,8%) paciente cu predominarea SNV parasimpatic - gradul mediu de severitate al PMS, iar cele 5 (20,0±0,9%) paciente cu forma combinată - grad grav de severitate a PMS (fig.2). Rezultatele studiului nu vin în contradicție cu datele altor autori [8,9,10,14].

Prin urmare, severitatea PMS este mai pronunțată atunci când sunt semne clinice caracteristice pentru ambele forme de sistem nervos vegetativ.

Este cunoscut faptul că hormonii sexuali acționează asupra SNV. Estrogenii – activează *SNV parasimpatic*, majorează nivelul de acetilcolină și sensibilitatea receptorilor către neurotransmițători. Progesteronul stimulează *sistemul NV simpatic*, prin creșterea nivelului de noradrenalină și adrenalină și reducerea sensibilității receptorilor către neurotransmițători [11,12,13].

Este foarte interesant faptul că, rezultatele investigațiilor hormonale la adolescentele incluse în studiu nu prezentau devieri de la valorile normale: adică toți parametrii hormonal studiați în prima fază a ciclului menstrual, la ovulație și în a doua fază a ciclului menstrual au corespuns valorilor normale pentru vârsta adolescentelor, publicate în literatura de specialitate [12, 15,16]. De aceea, rezultatele obținute ne permit să concluzionăm că PMS la adolescentele estimate era cauzată de fluctuațiile fiziologice caracteristice pentru această perioadă de vârstă a concentrațiilor normale ale acestor hormoni sexuali. Rezultatele obținute au fost utilizate pentru alcătuirea graficului de mai jos, care redă nivelul de estrogeni și progesterone în funcție de faza ciclului menstrual, și care corespund limitelor normale [17] (fig.3).

Deoarece componența preparatului homeopatic Guna-PMS constă din plante medicinale și extrase în diluări mari de glande endocrine de la animale care tratează disfuncția funcțională în sistemul cortex-ovare-organe-țintă și care nu influențează negativ maturizarea organismului în dezvoltare, în studiul de față am folosit acest preparat homeopatic, în doze de 20 pic de 2 ori pe zi [18].

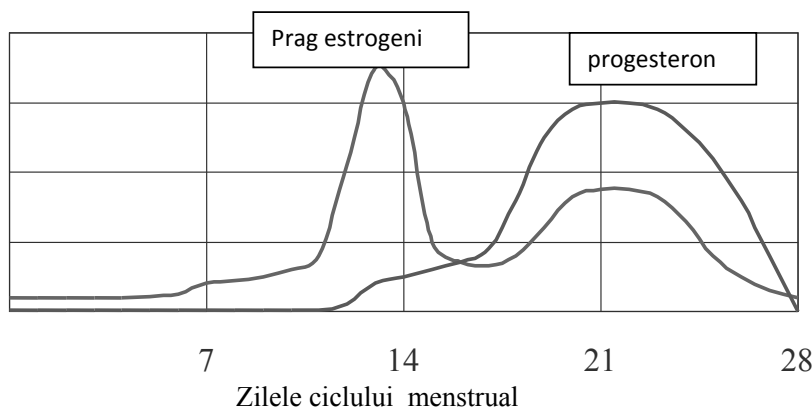


Fig. 3. Nivelul hormonilor ovarieni în funcție de faza ciclului menstrual.

Fig. 4. Timpul când a apărut efectul Guna – PMS

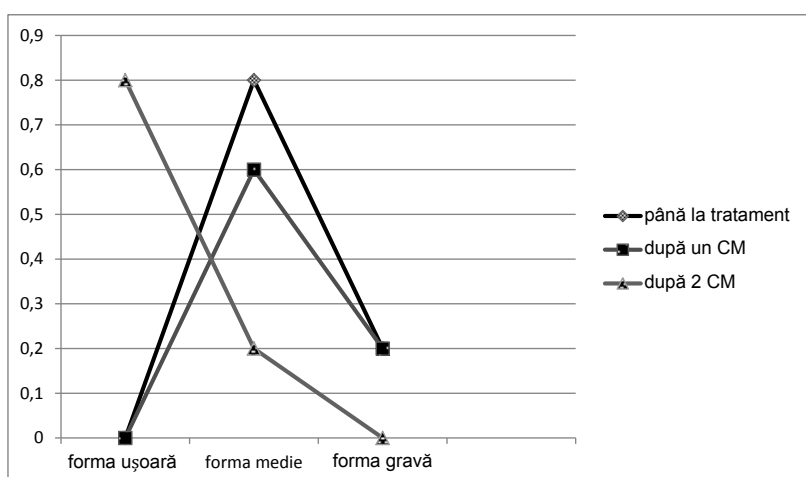
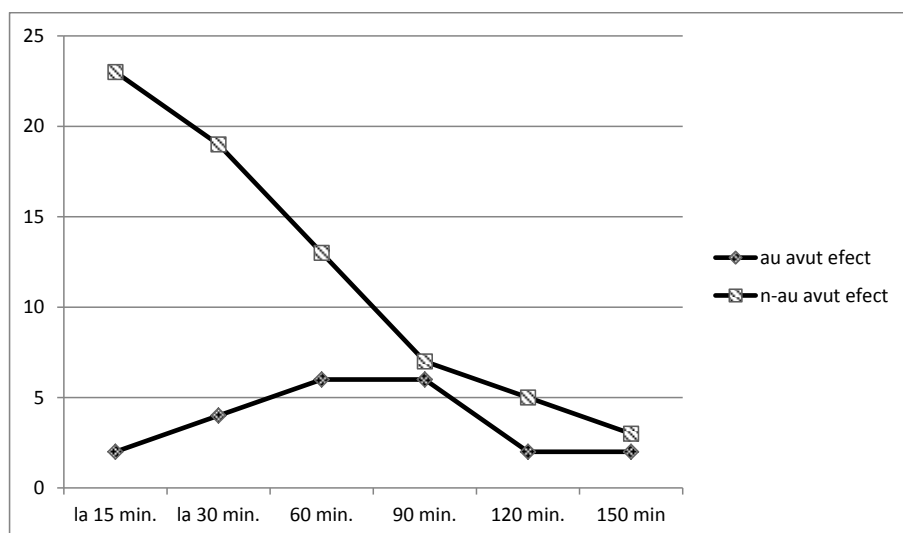


Fig.5 Efectul preparatului homeopatic Guna – PMS după 2 cicluri menstruale

Analizând rezultatele obținute în prima lună de tratament cu Guna-PMS ce țin de timpul dispariției durerii, am constatat că ultimele au început să diminueze de acum la 15 min de la administrarea celor 20 picături de Guna – PMS, cu fiecare 30 min durerea diminuea cu câte un plus dispărând după 2 ore la 17 (68,0±0,1%) paciente, iar la cele 5 (20,0±0,9%) paciente a mai fost nevoie de o doză suplimentară de 10 pic. de Guna-PMS, luată la 2 ore de la ultima administrare (fig.4).

În cel de-al doilea ciclu menstrual am recomandat luarea preparatului Guna-PMS cu 2-3 zile înainte de menstruației, pentru adolescentele care acuzau tensionarea glandelor mamare (10 (40,0±0,9%))paciente) și cele care, pe lângă tensionare mai aveau și mastalgie (5 (20,0±0,9%) paciente) am recomandat următorul regim de tratament: folosirea Guna-PMS cu 1-2-3 zile până la apariția semnelor clinice susmenționate.

Rezultatele tratamentului a fost: la 10 (40,0±0,9%) paciente la următoarea menstruație PMS a dispărut; la alte 10 (40,0±0,9%) a fost prezentă numai forma

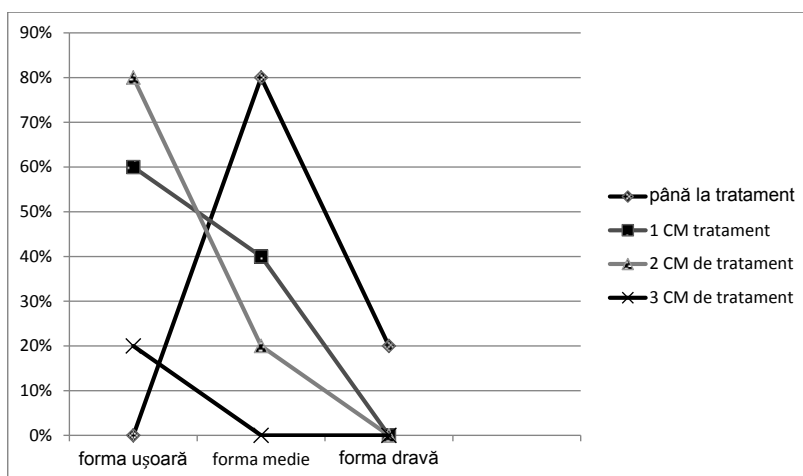
ușoară de PMS, iar la cele 5 (20,0±0,9%) paciente cu formă severă de PMS simptomele au diminuat considerabil transformându-se în formă ușoară (fig.5).

În cel de-al treilea ciclu menstrual am recomandat folosirea Guna-PMS după aceeași schemă ca în al doilea ciclu. Astfel, am constatat că semnele clinice caracteristice PMS nu s-au manifestat la 20(80,0±0,9%) paciente, iar semne clinice ușoare au fost prezente la 5(20,0±0,9%) paciente (fig.6).

Menționăm totodată că, adolescentelor estimate li s-a recomandat să continue tratamentul cu Guna – PMS pe parcursul a 6 luni încă cu doze a câte 20 pic de 2 ori pe zi, cu 1-2-3 zile înainte menstruație, pentru a menține efectul obținut, după care se va contramanda preparatul.

Adolescentele cu PMS primar înainte de administrarea preparatului Guna – PMS au nevoie de următoarele investigații: EUSG, pentru a exclude anomaliiile de dezvoltare ale organelor genitale, evaluarea statutului hormonal, pentru a exclude dereglările endocrine, hemoleucograma pentru a exclude un proces inflamator acut.

Fig. 6. Aprecierea eficacității preparatului homeopatic Guna-PMS pe parcursul a 3 cicluri menstruale



Preparatul Guna-PMS se administrează câte 20 pic., de 2 ori pe zi la 1-2-3 zile înaintea simptomatologiei PMS și pe durata menstruației, timp de 9 cicluri menstruale.

Concluzii:

1. PMS (Dismenoree) primar la adolescente este cauzată de stresul cronic îndelungat.
2. Nu s-au determinat devieri de la normă în statutul hormonal la adolescentele estimate.
3. La adolescente severitatea PMS depinde de prezența dereglării în sistemul nervos vegetativ parasimpatic și simpatic.
4. Guna-PMS este un preparat homeopatic, înregistrat în R. Moldova, care s-a dovedit a fi eficient în tratamentul sindromului premenstrual la adolescente.

Recomandări

Preparatul Guna-PMS se va administra adolescentelor în doze a câte 20 pic., de 2 ori pe zi la 1-2-3 zile de la apariția simptomatologiei pe durata menstruației, după excluderea cauzelor organice ale organelor sistemului reproductiv.

Bibliografie

1. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, et al. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(2):110-6
2. Campbell EM, Peterkin D, O'Grady K, et al. Premenstrual symptoms in general practice patients. Prevalence and treatment. *J Reprod Med* 1997;42(10):637-46
3. Chawla A, Swindle R, Long S, et al. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? *Med Care* 2002;40(11):1101-12
4. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999;8(2):122-8
5. Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5:30-9
6. Gehlert S, Hartlage S. A design for studying the DSM-IV research criteria of premenstrual dysphoric di-

sorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18(1):36-44

7. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;28 Suppl 3:1-23

8. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;28 Suppl 3:1-23

9. Johnson SR, McChesney C, Bean JA. Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample. I. Prevalence, natural history and help-seeking behavior. *J Reprod Med* 1988;33(4):340-6

10. Ramcharan S, Love EJ, Fick GH, et al. The epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2650 urban women: attributable risk and risk factors. *J Clin Epidemiol* 1992 Apr;45(4):377-92

11. Rivera-Tovar AD, Frank E. Late luteal phase dysphoric disorder in young women. *Am J Psychiatry* 1990;147(12):1634-6

12. Levrier M., Dergelle H., Bestaux Y., Bourry - Moreno M., Brun J. P. and Sally F. *Rev frans Gynec Obstet* 1988; 83: 573-6.

13. Nappi C., Farace M. J., Minutolo M., Tomasseli A. P. and Muntemagno U. *Eur J Obstet Gynec Reprod Biol* 1987; 25: 209-19.

14. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32

15. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32

16. Woods NF, Most A, Dery GK. Prevalence of perimenstrual symptoms. *Am J Public Health* 1982;72(11):1257-64.

17. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М., 2000.

18. Тираспольский И.В. Антигомотоксическая терапия в практике акушера-гинеколога М.: Арнебия, 2001,-288с. ISBN 5-9244-0006-9.