

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Карпенко О.О., Колесник В.Л., Ластовецька Л.Д.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: альгодисменорея, больовий синдром, нестероїдні протизапальні препарати.

Вступ. На сьогоднішній день майже 10% жінок репродуктивного віку страждають на альгодисменорею в вираженій формі, і майже 30% - в незначній. Нерідко виражений больовий синдром при цій патології призводить до втрати жінками працездатності на значний термін [1,9]. На ступінь больових відчуттів під час менструації впливає не тільки на зниження порогу больових відчуттів, а й спроможність нервової системи та її сумачії, тому навіть в результаті поступового накопичення незначних больових імпульсів їх кількість може перевищити межу нормальної больової чутливості і проявитися у вигляді альгодисменореї [2].

При альгодисменореї жінки страждають від болю під час менструації без наявності патології органів малого тазу, що пов'язують з дією простагландинів [3].

Основним принципом лікування альгодисменореї є фармакотерапія, що направлена на нормалізацію менструального циклу та зниження продукції простагландинів [5,6]. Основними негормональними засобами лікування альгодисменореї є нестероїдні протизапальні засоби, які являються інгібіторами простагландинів. Їх дія направлена на зниження вмісту простагландинсинтетази в крові, що призводить до купіювання альгодисменореї. Максимальна концентрація простагландинів в крові відзначається в перші дві доби після початку менструації, що визначається тим, що простагландини виділяються в кров максимально саме в цей час. Нестероїдні протизапальні засоби швидко всмоктуються в кров і діють на протязі 2-6 годин, деякі з них необхідно використовувати декілька разів на добу. В останній час спостерігається тенденція до перегляду традиційних схем лікування альгодисменорей з впровадженням нових лікарських препаратів та форм введення в організм [7,8].

Відомий ряд побічних дій нестероїдних протизапальних засобів: диспепсія, діарея, шрікний зуд, висипка, порушення функції нирок.

Метою нашого дослідження було вдосконалення способу лікування альгодисменореї у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. В дослідженні прийняли участь 52 жінки, що звернулись до гінекологічного стаціонару для лікування з приводу альгодисменореї. Жінки були розподілені на 2 групи в залежності від обраного лікування. Середній вік пацієнток склав $23,7 \pm 2,4$ роки. В сімейному анамнезі відзначалися захворювання вен (34,7%), гіпертонічна хвороба (42,3%), захворювання щитоподіб-

ної залози (23,7%), гінекологічні захворювання (21,5%), ожиріння (19,6%). Серед соматичної патології частіше за все зустрічалися нейроциркуляторні розлади (35,6%). Серед обстежених жінок 2/3 мали астеничну конституцію. В репродуктивному анамнезі слід відмітити значну частоту дисфункціональних маткових кровотеч (27,1%), невиношування вагітності в малих термінах (16,0%), ускладнення в пологах мали 9,4%. Непліддя визначали у 3% жінок обстежених нами груп.

Всім жінкам було проведено клініко-лабораторне обстеження, ультрасонографія, доплерометричне дослідження.

Для оцінки клінічних проявів альгодисменореї ми використали менструальний дистрес-опитувальник Я.У.Моо8, що представлений 8-компонентною шкалою, яка включає 47 симптомів. Заповнення опитника проводилось в лютеїнову фазу менструального циклу. Ступінь вираженості альгодисменореї проводилось за шкалою запропонованою В.М. Прилепською та О.А. Межевєти-новою (2000) [3]. Для оцінки больового синдрому ми використали опитник Мак-Гіллівського.

Перша група в комплексному лікуванні отримувала препарат найз (в якості нестероїдного протизапального препарату) перорально по 100,0 мг двічі на добу; друга група жінок отримувала препарат моваліс ректально в формі супозиторія в дозі 15 мг на добу. Групи були репрезентативні.

В комплексну терапію були включені препарати: ременс 30 крапель 3 рази на добу, магвіт 1 таблетка тричі на добу, флорісет 1 капсула двічі на добу. Моніторинг за жінками цих груп проводився на протязі 3-х місяців лікування та ще 3-х місяців після проведеного лікування.

Достовірність показників оцінювали за критеріями Ст'юдента та методом Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення. В обох обстежуваних групах ми проводили ехографічне дослідження в I та II фазах менструального циклу. Для хворих на альгодисменорею характерно було зменшення лінійних розмірів і об'ємів матки, затримку секреторної трансформації ендометрію, збільшення об'єму яєчників за рахунок затримки редукції жовтого тіла і мультифокулярних яєчників, зниження васкуляризації ендометрія і субендометріального шару, підвищення індексу резистентності в маткових артеріях та її гілках, більш виражене в II фазі менструального циклу. Ехографічної патології шийки матки у жінок з альгодисменореєю нами відмічено не було.

За даними кольорового доплерівського к्वартування кровоток в маткових, аркуатних та радіальних артеріях реєструвався у всіх пацієнок з альгодисменореєю в обох фазах менструального циклу. Слід зазначити, що під час лікування спостерігалися значні відмінності в характері змін кровотоку в розмежованих групах. А саме - в I фазі менструального циклу в 1-й групі пацієнок базальні артерії вдалось візуалізувати у 5 (23,8%) пацієнок, а спіральні артерії не візуалізувалися в жодній жінки. В II-й фазі менструального циклу базальні артерії реєструвалися в 7 (33,3%) жінок, а спіральні - в 2 (9,52%). В пацієнок II-ї групи кровоток в маткових, аркуатних та радіальних артеріях реєструвався в обох фазах менструального циклу, базальні артерії в проліферативну фазу візуалізувалися в 10 (47,6%) випадків, а спіральні - в 1 (4,76%), в секреторну фазу - в 14 (66,67%), і 4 (19,04%) відповідно.

В більшості пацієнок констатовано значне зниження больових відчуттів на протязі перших 1-2 годин від моменту вагінального введення препарату зі стійким позитивним клінічним ефектом на протязі 18 годин. Тільки у двох пацієнок для досягнення позитивного результату в першу добу лікування потрібно було збільшити дозу препарату вдвоє. З профілактичною метою моваліс призначався напередодні наступних 2-3 менструальних циклів по 1 супозиторії (15 мг) на добу ректально, навіть при відсутності вираженого больового синдрому. Алергічних реакцій, неприємних відчуттів, дискомфорту в статевих органах при ректальному використанні препарату моваліс нами не спостерігалось.

Як видно з представлених даних у хворих основної групи інтенсивність больових відчуттів значно знижувалась вже на протязі перших годин лікування, в той час, як в контрольній групі динаміка зниження больових відчуттів не була такою вираженою. Слід відзначити, що зменшення больового синдрому мало місце в пацієнок обох груп, але в жінок основної групи больовий синдром мав тенденцію до зниження на протязі перших 1-2 годин, довгий анальгезуючий ефект відзначили більшість пацієнок основної групи. Побічних реакцій не спостерігалось. Ефективність препарату моваліс в лікуванні альгодисменореї в порівнянні з найзом підтверджує попередні данні в літературі, і характеризується ліпшою переносимістю з боку травного каналу при застосуванні при даній патології.

Висновки.

1. В групі хворих на альгодисменорею жінок, які отримували в комплексному лікуванні моваліс в дозі 15 мг на добу у вигляді ректальних супозиторіїв, клінічний ефект через 1-2 години відзначили більшість пацієнок (94,3%).
2. В проведеному дослідженні відмічені наступні переваги препарату моваліс:
 - швидке купіювання больового синдрому;
 - можливість зниження добової дози препарату при курсовому лікуванні;
 - відсутність побічних дій та явищ дискомфорту у пацієнок

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Венцовская И.Б., Самосийная О.А., Шакало И.Н. Негормональная терапия первичной дисменореи // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — №1 (13). — С. 59-62.
2. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Самосийна О.О. Комбінована терапія первинної альгодисменореї. // Перинатологія та педіатрія. — 2007.-№3. — С. 68-71.
3. Прилепская В.Н., Межевиттинова Е.А. Дисменорея — вопросы диагностики и терапии // Второй всероссийский форум "Мать и дитя". — М., 2009. — С. 3-8.
4. Воробьева О.В. Мышечноскелетные причины хронической тазовой боли у женщин. Трудный пациент 2007; 1: 45—49.
5. Майоров М.В. Применение НПВС в гинекологической практике. Провизор 2001; 23: 40—41.
6. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: терапевтические перспективы. Рус мед журнал. 2002; 10: 4: 302—306.
7. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты при ревматических заболеваниях: стандарты лечения. Рус мед журн 2001; 9: 7—8: 265—270.
8. Яковлева Л.В., Шаповал О.Н., Зупанец И.А. Механизмы фармакологического действия ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. В кн.: Современные аспекты рационального обезболивания в медицинской практике: Практическое руководство. Под ред. А.И. Трещинского, Л.В. Усенко, И.А. Зупанца. К: МОРИОН2000; 6—12.
9. Stahl S.M. The psychopharmacology of painful physical symptoms in depression. J Clin Psychiat 2008; 63: 382—383.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Карпенко О.О., Колесник В.Л., Ластовецька Л.Д.

*Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Резюме. Эффективность и безопасность применения селективного нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) - мовалис в форме ректальных свечей были исследованы у 52 амбулаторных гинекологических больных 23,7 ± 2,4 лет с альгодисменореей. Все пациентки, помимо моваписа, получали стандартную комплексную терапию. Установлено, что включение в комплексную терапию гинекологических больных с альгодисменореей моваписа в форме ректальных свечей в качестве НПВП позволяет уменьшить интенсивность боли в первые 2-3 дня лечения с последующим полным ее купированием при хорошей переносимости и отсутствии побочных эффектов у пациенток.

Ключевые слова: альгодисменорея, болевой синдром, нестероидные противовоспалительные препараты.

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT ALGOMENORRHEA IN MODERN CONDITIONS

Karpenko O., Kolesnik V., Lastovetska L.

*National O.O. Bohomolets Medical University,
Kyiv, Ukraine*

Resume. The efficacy and safety of the selective nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) movalis as rectal suppositories were studied in 52 gynecological outpatients aged 23,7 ± 2,4 years who had algodysmenorrhea syndrome. All the patients received, in addition to movalis, the standard complex therapy. Inclusion of movalis as rectal suppositories as a NSAID into the complex therapy in patients with pain syndrome was ascertained to diminish the intensity of pain in the first 2-3 days of treatment with its further complete relief, with the agent being well tolerated and causing no adverse reactions in the patients.

Key words. algodismenorrhea, bolevoy syndrome, nonsteroidal anti-inflammatory drug.