

Альгодисменорея – коррекция состояния современными средствами

Е.Н. Голчук

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика
МЗ Украины, г. Киев

В статье представлена информация о современных методах терапии альгодисменореи. Приведен клинический опыт использования нестероидных противовоспалительных препаратов с целью устранения болевого синдрома у женщин с альгодисменореей.

Ключевые слова: альгодисменорея, лечение, профилактика, нимесулид.

Проблема нарушения гормонального баланса в организме женщины остается актуальной как для гинекологов, так и для смежных специалистов.

В эпоху интенсификации жизни стрессы и психоэмоциональные нагрузки стали неизменными спутниками современной женщины и накладывают свой негативный отпечаток на работу эндокринной и нервной систем.

Все чаще гипоэстрогенные состояния возникают не только у людей старшего возраста, а наблюдаются в молодом, репродуктивном возрасте, сопровождаются различными заболеваниями и влекут за собой целый ряд расстройств, чаще всего это нарушения менструальной функции, сопровождающиеся психоэмоциональными и нейровегетативными изменениями [1, 2].

Гормональная недостаточность, или нарушение соотношения между уровнями эстрогенов и гестагенов, приводит к ряду вегетососудистых расстройств, которые проявляются головной болью, головокружением, лабильностью настроения, беспокойством, усталостью, бессонницей, снижением либидо, преждевременным старением, патологическим переживанием климактерия. Эти состояния снижают работоспособность женщины, оказывают негативное влияние на взаимоотношения с окружающими [3].

Одним из распространенных нарушений менструального цикла, нередко приводящих даже к временной утрате трудоспособности, а иногда – к госпитализации, является альгодисменорея [2].

Альгодисменорея – нарушение менструального цикла, проявляющееся схваткообразной или ноющей болью внизу живота, иррадиирующей в крестцовую и поясничную область и сопровождающуюся общим недомоганием [1]. Согласно этиологической классификации альгодисменорею делят на первичную, не связанную с заболеваниями внутренних половых органов, и вторичную, являющуюся следствием патологии половых органов.

Данная патология, встречающаяся как в молодом возрасте с момента менархе, так и в зрелом репродуктивном с частотой до 70%, оказывает влияние на психоэмоциональный и соматический статус, а следовательно – на отношения в коллективе, в семье, работоспособность, учебный процесс, то есть представляет собой отчасти и социальную проблему [1].

В основе патогенеза возникновения болевого синдрома при альгодисменорее лежит цепь взаимосвязанных нарушений. К ним относят расстройства регуляции на уровне ЦНС, приводящие к снижению порога болевой чув-

ствительности, нарушение кровообращения в органах малого таза с последующим накоплением альгогенных веществ и раздражением ноцицепторов, а также гиперсекрецию простагландинов, вызывающих спастические сокращения матки и возникновение схваткообразной боли. В то же время периферические расстройства и эндокринные нарушения усугубляют расстройства ЦНС, замыкая таким образом порочный круг [2].

Трудности индивидуального подбора лекарственных средств, необходимость длительного их назначения, а следовательно, возможность развития побочных эффектов и привыкания обосновывают необходимость поиска новых, безопасных при длительном применении, методов лечения [4].

Рассматривая полиэтиологичность альгодисменореи и учитывая вышеописанные звенья цепи развития данной патологии эффективным методом коррекции данного состояния является применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Применение их способствует снижению проницаемости капилляров и соответственно улучшению микроциркуляции, а также угнетению миграции лейкоцитов в пораженные участки тканей, повышению стабильности лизосомальных клеточных мембран. Поэтому НПВП, наряду с анальгетическим эффектом, оказывают довольно широкий спектр действия [3].

Особого внимания заслуживают препараты, обладающие мощным фармакологическим профилем, удачно сочетающие в себе эффективность и безопасность, а также имеющие различные формы выпуска.

Наиболее важным механизм, определяющий как эффективность, так и токсичность НПВП, связан с подавлением активности циклооксигеназы (ЦОГ) – фермента, регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты в простагландины (ПГ), простаглицлин и тромбоксан. Наряду с медиаторной ролью ПГ могут быть модуляторами воспаления, угнетая агрегацию тромбоцитов и таким образом способствуя высвобождению из них через систему циклических нуклеотидов гистамина и серотонина [6]. Провоспалительная активность присуща ЦОГ-2, а противовоспалительные свойства – ЦОГ-3. ЦОГ-3 тоже участвует в синтезе ПГ и играет роль в развитии боли и лихорадки. Однако в отличие от ЦОГ-1 и ЦОГ-2, ЦОГ-3 не принимает участия в развитии воспаления. Поэтому ингибирование ЦОГ-2 рассматривают как один из ведущих механизмов противовоспалительной активности НПВП, а ЦОГ-1 – развития побочных эффектов (поражение пищеварительного тракта, нарушение агрегации тромбоцитов, функции почек, негативное влияние на систему кровообращения и др.). Открытие двух изоферментов ЦОГ и дальнейшее внедрение в практику селективных ингибиторов ЦОГ-2 открыло новые перспективы в плане высокой безопасности лечения НПВП [5].

Одним из препаратов, эффективно зарекомендовавшим себя в лечении различных состояний является Ни-

Средние значения показателей, характеризующие болевые ощущения у женщин в исследовании, баллы

Время обследования	Показатель	
	Средний индекс числа избранных дескрипторов	Средний ранговый индекс боли
До лечения	16,3±1,5	44,8±4,1
Первая менструация во время лечения	17,3±1,1	37,7±4,5
Вторая менструация во время лечения	14,7±1,7	24,2±3,6*
Третья менструация во время лечения	10,4±2,2*	15,6±3,8*

Примечание: * – разница достоверна относительно показателя до лечения ($p < 0,05$).

месил (Берлин-Хеми АГ/ Менарин Групп, Германия), действующим веществом которого является нимесулид (100 мг). Лекарственная форма препарата представляет собой быстрорастворимые гранулы (саше).

Нимесулид (4-нитро-2-феноксиметансульфонанилид) – НПВП группы метансульфонанилидов, оказывает противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие. Терапевтический эффект нимесулида обусловлен тем, что он влияет на метаболизм арахидоновой кислоты и снижает биосинтез ПГ путем ингибирования ЦОГ. За счет селективного действия на ЦОГ-2 не нарушается синтез ПГ с цитопротекторным эффектом в слизистой оболочке желудка, снижается риск развития побочных эффектов. Кроме того, нимесулид уменьшает образование супероксидных анионов нейтрофильными гранулоцитами и угнетает образование свободных радикалов, образующихся при воспалении. При длительном применении не кумулирует в организме.

Благодаря высокой эффективности и хорошей переносимости препарат может быть рекомендован в гинекологии НПВП для применения в комплексной терапии болевого синдрома различной этиологии.

Цель работы: изучение эффективности препарата Нимесил в лечении альгодисменореи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 45 женщин с первичной и вторичной альгодисменореей в возрасте от 17 до 35 лет, которым назначали препарат Нимесил 100 мг 2 раза в сутки, циклически, с 1-го по 5-й день менструального цикла.

Количественная оценка болевого синдрома и эффективность достигнутого обезболивающего эффекта осуществлялась методом многомерной семантической дескрипции с использованием Мак-Гилловского опросника. Рассчитывали 2 показателя: индекс числа избранных дескрипторов и ранговый индекс боли, который представляет собой сумму рангов дескрипторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных составил 24±1,5 года. При изучении особенностей менструальной функции установлено, что у женщин с периода наступления менархе (в среднем в 13,5±1,1 года) наблюдалось нарушение менструального цикла по типу опсо/аменореи, гипоменструального синдрома. Длительность менструального кровотечения варьировала от 3 до 5 дней при средней продолжительности менструального цикла – 30±2 дня.

Гинекологические воспалительные заболевания матки и/или ее придатков отмечались в 18 (45%) наблюдениях. Миома матки – у 9 (22,5%) женщин.

Исходно средний уровень боли у пациенток составил 7,1±1,4 балла в результате овуляторного синдрома на фоне гормонотерапии. Боль характеризовалась как интенсивная ноющая и сжимающая, внизу живота, в половине случаев сочетавшаяся с постоянной или спонтанной болью в пояснице, с иррадиацией в область прямой кишки и внутреннюю поверхность бедра и усилением при половом акте, длительном стоянии или сидении.

После 3 курсов терапии проводили объективную и субъективную оценку эффективности лечения. Субъективно, согласно опроснику, по уровню тазовой боли и общему самочувствию, в первой группе 3 женщины оценили эффект от проведенного лечения как очень хороший, 7 женщин – как хороший, остальные – как удовлетворительный. У женщин второй группы 11 человек оценили эффект от лечения как очень хороший, 6 – как хороший, 3 – как удовлетворительный. У большинства женщин второй группы интенсивность болевого синдрома достоверно снижалась начиная со 2-го дня терапии нимесулидом и на фоне проводимого лечения боль их не беспокоила. Терапия нимесулидом в сочетании с базовой способствовала полной редукции болевого синдрома (с 7,1±2,4 до 4,1±1,1 балла). Пациентки первой группы продолжали предъявлять жалобы на интенсивную боль на фоне проведения стимулирующих мероприятий.

Во время лечения побочные эффекты и отказы от назначенного лечения выявлены не были. Все пациентки хорошо перенесли рекомендованный им курс.

При анализе среднего рангового индекса боли согласно Мак-Гилловскому опроснику отмечено достоверное его снижение уже после 2 мес лечения – до 25,2±3,7 против 45,8±4,4 балла до начала терапии ($p < 0,05$) с последующим снижением до 15,6±3,9 балла при третьей менструации, в то время как существенное уменьшение среднего индекса количества избранных дескрипторов наблюдалось лишь по окончании трехмесячного курса лечения – до 10,4±2,2 против 17,3±1,5 балла до лечения (таблица).

Во время лечения побочные эффекты и отказы от назначенного лечения выявлены не были. Все пациентки хорошо перенесли рекомендованный им курс лечения.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности применения нимесулида при альгодисменорее. Лекарственная форма препарата (саше) уменьшает возможные побочные реакции, благодаря чему Нимесил обладает хорошей эффективностью и переносимостью. Препарат рекомендуется к применению в составе комплексной терапии и для профилактики альгодисменореи.

Альгодисменорея – корекція стану сучасними засобами
О.М. Гопчук

У статті наведена інформація про сучасні методи терапії альгодисменореї. Викладено клінічний досвід використання нестероїдних протизапальних препаратів з метою терапії болювого синдрому у жінок з альгодисменореєю.

Ключові слова: альгодисменорея, лікування, профілактика, німесулід.

Algodysmenorrhea – correction of syndrome with modern
E.N. Gopchuk

Information about the modern aspects of algodysmenorrhea therapy is presented in the article. Present clinically experience reflects the using nonsteroid antiinflammatory drugs with a view to therapy pain syndrome in women with algodysmenorrhea.

Key words: algodysmenorrhea, treatment, prophylaxis, nimesulid.

Сведения об авторе

Гопчук Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: gopchuk@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: терапевтические перспективы // Рус. мед. журн., 2002; 10: 4: 302–306. 2. 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.: Морион, 2000; 6–12.
3. Dawood M.Y. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and changing attitudes toward dysmenorrhea // Am J Med. – 2008 (Suppl.5A). – P. 23–29.
4. John E. Turrentine, M. Aviles, J.S. Novak. Clinical protocols in obstetrics and gynecology, New York: Parthenon Publishing, 2009.
5. Pasquale S.A., Rathauer R., Does H.M. A double-blind, placebo-controlled study comparing three single-dose regimens of piroxicam with ibuprofen in patients with primary dysmenorrhea // Am J Med. – 2008 (Suppl.5A). – P. 30–34.

Статья поступила в редакцию 15.04.2013