



Сучасні підходи до лікування альгодисменореї

А.П. Григоренко, д.мед.н., професор, завідувач кафедри; Н.С. Шатковська, к.мед.н., доцент;
О.Х. Герич, к.мед.н.; О.Г. Горбатюк, к.мед.н.; В.Ю. Онишко, к.мед.н., доцент;
А.М. Бінковська, к.мед.н.

Кафедра акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

У статті висвітлено питання патогенезу, особливостей клінічного перебігу первинної та вторинної альгодисменореї, представлена тактика ведення пацієнток з цією патологією.

Ключові слова: альгодисменорея, ендометріоз, нестероїдні протизапальні засоби, комбіновані оральні контрацептиви.

Терміном «альгодисменорея» позначаються порушення менструального циклу, що супроводжуються сильним переймоподібним чи ниючим болем внизу живота або в крижово-поперековій ділянці, зумовленим спастичним скороченням матки. Часто біль супроводжується нейровегетативними розладами. Можлива дратівливість, легке нездужання, головний біль, підвищена сприйнятливості до деяких запахів. Наявність лише болю може свідчити про альгоменорею, чи менальгію. Альгодисменорея – найбільш частий вид гінекологічної патології. Серед жінок репродуктивного віку 30-60% повідомляють про наявність менструального болю. На інтенсивний біль, який вимагає прийому знеболюючих засобів та супроводжується втратою працездатності і порушенням загального стану, скаржаться близько 7-15% (у середньому 10%) пацієнток [1-3].

У жінок, які хоч один раз пережили болісні відчуття під час менструації, існує ймовірність повторення таких епізодів в подальшому житті [2]. Альгодисменорея є частою причиною пропусків занять у школах, вузах, невиходу на роботу. Очікування болю під час наступної менструації не може не позначитися на загальному самопочутті, психоемоційному стані жінки, на родинних стосунках. Саме тому дана патологія є не лише медичною, а й соціальною проблемою [2-4].

Альгодисменорея може спостерігатися з появою менархе, однак її поширеність зростає у дівчат віком 17-18 років [2, 7, 5]. Підвищення частоти, інтенсивності і тривалості альгодисменореї

корелює з більш раннім віком початку першої менструації, довшою та інтенсивнішою менструальною кровотечею та з непліддям. Поширеність менструальних спазмів також зростає зі збільшенням тривалості циклу. Слід зазначити, що особи, які користуються оральними контрацептивами або гестагенами, повідомляють про зменшення больового синдрому. Дисменорея у жінок, які палять, зустрічається частіше і має більш тяжкий перебіг. У ході досліджень доведено, що фізична активність не впливає на поширеність дисменореї [2, 6]. Разом із тим існують повідомлення, що при ожирінні, специфічних умовах праці (робота на холоді в поєднанні з фізичними навантаженнями) частота і тривалість менструального болю зростають [2].

Вважається, що механізм розвитку альгодисменореї полягає у дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, корково-підкоркових взаємовідносин, що супроводжується порушенням синтезу естрогенів, прогестерону, нейротрансмітерів та інших біологічно активних сполук. Внаслідок цього виникає абсолютна чи відносна гіперестрогенія. Естрогени стимулюють синтез простагландинів, окситоцину, циклооксигенази (ЦОГ), вазоактивних речовин, які спричиняють затримку рідини в організмі. При альгодисменореї в міометрії утворюється підвищена кількість простагландину F_{2α}, що призводить до спастичного скорочення гладкої мускулатури матки, вазоспазму та ішемії міометрія. При цьому підвищується внутрішньоматковий тиск, збільшується амплітуда та підвищується частота маткових скорочень



(більше ніж у 2 рази). Простагландини також впливають на чутливі нервові волокна і збільшують їх подразнення, викликане підвищенням тиску в порожнині матки внаслідок надмірної скоротливості міометрія. Гіперпростагландинемія має не лише локальну, але й загальну дію. Це підтверджується скаргами на головний біль, нудоту, блювання, парестезію, діарею, пітливість, озноб, тахікардію, які часто супроводжують альгоменорею [1, 3-6, 8, 10].

Слід зазначити, що реакція жінки на біль залежить від її індивідуальної больової чутливості. У головному мозку, переважно в таламусі, локалізовані великі групи нейронів, які приймають сигнали від больових рецепторів. Аферентна імпульсація по спинно-таламічному і гангліо-бульбарному трактах досягає таламуса, звідти – соматосенсорної ділянки кори головного мозку і сприймається як біль. За сучасними уявленнями, інтенсивність болю зумовлена дією нейротрансмітерів – ендогенних опіатів, які блокують передачу больових імпульсів до ЦНС. Больовий поріг значною мірою визначається синтезом ендогенних опіатів [1, 2, 6, 8].

У багатьох жінок за 1-2 дні до менструації з'являються легка загальна слабкість, дратівливість, порушення нюху, нагрубання і гіперестезія молочних залоз, відчуття тяжкості внизу живота. Ці явища є проявом вегетативних реакцій, викликаних гормональними змінами в організмі.

Клінічна картина захворювання різноманітна. Біль може супроводжувати кожен менструальний цикл. Здебільшого больові відчуття з'являються ще до початку менструації і тривають протягом перших днів, рідше виникають одночасно з витоком крові і продовжуються до його закінчення. Частіше біль має ниючий, тупий характер, іноді переймоподібний, локалізується внизу живота або в ділянці крижів, іррадіює в стегно або в промежину. Спостерігаються загальні порушення: головний біль, загальна слабкість, депресія, нудота, пітливість та ін.

Альгодисменорея буває первинною (спастична, есенціальна, функціональна) і вторинною (органічна).

За тяжкістю перебігу виділяють три ступені альгодисменореї:

I ступінь – помірний біль під час менструації, без системних симптомів, працездатність не порушена; немає потреби у застосуванні анальгетиків;

II ступінь – виражений біль під час менструації з обмінно-ендокринними та нейровегетативними симптомами, порушенням працездатності; є необхідність прийому анальгетиків;

III ступінь – сильний, інколи нестерпний, біль під час менструації, з комплексом нейровегетативних та обмінно-ендокринних симптомів, з повною втратою працездатності; застосування анальгетиків малоефективне [1, 2, 6].

За характером перебігу альгодисменорею розділяють на:

- компенсовану – вираженість та характер патологічного процесу в дні менструації протягом тривалого часу не змінюються;
- декомпенсовану – наростання інтенсивності болю з кожним роком [2, 3].

Альгодисменорея супроводжується комплексом симптомів:

- *вегетосудинних*: головний біль, запаморочення, тахікардія, брадикардія, екстрасистолія, біль в ділянці серця, відчуття холоду та замінення кінцівок, набряк обличчя, запаморочення, нудота, гикавка, легкий озноб, відчуття жару, пітливість, гіпертермія, сухість у роті, часте сечовипускання, тенезми, здуття живота [6, 8];
- *обмінно-ендокринних* (блювання, відчуття «ватних ніг», різка загальна слабкість, свербіж шкіри, біль в суглобах, набряки, поліурія);
- *емоційно-психічних* (дратівливість, анорексія, депресія, сонливість, безсоння, булімія, зміни смакових відчуттів та ін.).

Первинна альгодисменорея

Первинна альгодисменорея зазвичай виникає у підлітків та молодих жінок, які не народжували. Вона не пов'язана з анатомічними змінами в репродуктивних органах і є діагнозом виключення при верифікації вторинної альгодисменореї, тобто гінекологічних захворювань. Найбільш часто больовий синдром виникає через 1-1,5 року після менархе. Біль починається в перший день менструального циклу, має переймоподібний характер, локалізується внизу живота і часто іррадіює в поперекову та крижову ділянку, внутрішню поверхню стегон. Нерідко альгодисменорея супроводжується нудотою, блюванням, діареєю, слабкістю, мігренеподібним головним болем. Ці симптоми тривають від кількох годин до 1-2 днів.

На первинну альгодисменорею частіше, але не закономірно, скаржаться жінки астеничної тілобудови зі зниженою масою тіла, легкозбудливі, емоційно лабільні, схильні до колаптоїдних станів, матері та сестри яких страждали на альгодисменорею. У них часто виникає вегетосудинна дистонія чи астеноневротичний синдром, спостерігається передменструальний синдром, що утруднює діагностику. Менструальний цикл у таких жінок регулярний, щоразу менструацію вони очікують зі страхом, завчасно готуючись до больових відчуттів. Розвиток первинної альгодисменореї часто корелює із соціально-економічним положенням жінки (хвороба цивілізації).

При гінекологічному дослідженні патологічних змін у статевих органах зазвичай не знаходять [1, 2, 5, 6].

Діагностика первинної альгодисменореї полягає у виключенні патології статевих органів. Значне місце в цьому процесі посідає з'ясування



скарж, правильно зібраний анамнез (вік пацієнтки, характер та час виникнення болю, наявність вегетативних розладів), загальний огляд з метою оцінки фізичного розвитку та конституційного типу, огляд статевих органів, обстеження в дзеркалах, бімануальне гінекологічне дослідження, загальний аналіз крові. За наявності показань досліджують гормональний баланс. Серед інструментальних методів дослідження обов'язковим є УЗД, що дає можливість виключити наявність органічних уражень, які спричиняють розвиток альгодисменореї, а саме аденоміозу, вад розвитку матки та піхви. За показаннями проводять гістероскопію (виявляє внутрішню патологію матки – невеликі міоматозні вузли та ін.), лапароскопію (дозволяє виявити «малі» форми ендометріозу, варикозне розширення вен органів малого таза, розриви листків широких зв'язок), рео- і електроенцефалографію. Доцільною є консультація суміжних спеціалістів – уролога, невролога, психіатра, гастроентеролога, травматолога [1, 2, 6, 8].

Лікування

Лікування первинної альгодисменореї спрямоване на купірування больового синдрому, нормалізацію діяльності ЦНС та усунення причин виявленої органічної патології.

Слід відкинути поширену навіть серед більшості лікарів думку про відсутність необхідності лікування альгодисменореї. Хибна точка зору ґрунтується на твердженнях, що цей стан «такий, як у всіх», «після початку статевого життя та пологів минеться» і т.ін. Така тактика ведення пацієнток неприпустима, оскільки після початку регулярного статевого життя та пологів альгодисменорея зникає не завжди, а нерідко навіть посилюється.

Для лікування первинної альгодисменореї використовують препарати різних фармакологічних груп: ненаркотичні анальгетики, седативні, гормональні, спазмолітичні препарати, вітаміни, антагоністи кальцію, алкалоїди ріжків, а також фізіотерапію, психопрофілактику [1, 3, 5]. На думку вітчизняних та зарубіжних авторів, можна призначати вітаміни В₁ по 100 мг щоденно протягом 90 днів (ефективність у 87% випадків), В₆, В₁₂, D, E, магній (87%), нітрогліцерин трансдермально по 0,1-0,2 мг в першу годину менструації (90%, але при цьому 20% пацієнток скаржаться на головний біль), акупунктуру (91%), лапароскопічну пресакаральну нейректомію (33-88% протягом 12 міс після операції), трансдермальну електростимуляцію нервових волокон (швидка ефективність у 42-60% осіб), гормонотерапію (комбіновані оральні контрацептиви [КОК], гестагени, іноді агоністи гонадотропін-рилізінг гормонів [ГнРГ] та ін.), дієтотерапію [1, 13, 14]. Патогенетично обґрунтованим є призначення інгібіторів простагландинсинтетази – нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). Доцільність їх застосування в перші 2-3 доби від початку

менструації визначена результатами досліджень, якими доведено, що простагландини виділяються в менструальну кров в максимальній кількості в перші 48 год. НПЗЗ знижують вміст простагландинів в менструальній крові та усувають больовий синдром. Існує профілактичний (завчасний) варіант застосування препаратів: за 1-3 дні до очікуваної менструації по 1 таблетці 2-3 рази на день або у формі ректальних супозиторіїв. Курс лікування триває три менструальних цикли. Ефект від НПЗЗ зазвичай зберігається протягом 3 міс після їх відміни. Згодом біль може відновитись, але буває менш інтенсивним. На сьогоднішній день використовують такі НПЗЗ: німесулід, ібупрофен, диклофенак, індометацин, напроксен, парацетамол, піроксикам, кетопрофен.

Найбільш сучасним та патогенетично обґрунтованим є застосування селективних інгібіторів ЦОГ-2, таких як німесулід, мелоксікам [5]. Німесил (німесулід) призначається дозою 100 мг 2 рази на добу. Терапевтичний ефект німесуліду зумовлений його впливом на метаболізм арахідонової кислоти і зниженням синтезу простагландинів. За рахунок селективної дії на ЦОГ-2 не порушується синтез цитопротекторних простагландинів в слизовій оболонці шлунка. Крім того, німесулід зменшує вироблення супероксидних аніонів нейтрофільними гранулоцитами та пригнічує утворення вільних радикалів, що виникають при запаленні. Окремо слід відмітити швидкість розвитку анальгезуючої дії та безпечність препарату, що викликано його фізико-хімічними властивостями (Барскова В.Г., 2007). Так, було доведено, що при дисменореї анальгетичний ефект настає вже протягом 20-30 хв після прийому препарату (Pulkkinen M.O., 2001; Facchinetti F. et al., 2001). Призначення німесилу за 3-5 днів до початку та в перші 2 дні менструації супроводжується значним зменшенням больових відчуттів у пацієнток з первинною альгодисменореєю. Використання препарату протягом трьох менструальних циклів дає стійкий і тривалий ефект аж до повного зникнення больових відчуттів під час менструації.

Одним із представників класичних неселективних інгібіторів ЦОГ, що застосовуються при альгодисменореї, є ібупрофен. Його анальгезуючий ефект терапевтичною дозою 1200-1800 мг/доб значно перевищує протизапальний.

Доведено, що при первинній альгодисменореї позитивний ефект має використання седативних препаратів (настоянок валеріани, пустирника, препаратів бромю) перед початком очікуваної менструації, фізіотерапії (електрофорез з новокаїном на ділянку сонячного сплетіння через день протягом менструального циклу або на низ живота за 5 днів до початку менструації) в поєднанні з циклічною вітамінотерапією; призначення голкорексфлексотерапії, грязелікування, магне-В₆, вітаміну Е по 200-400 мг у перші 3 дні болісної менструації [1, 2, 6].



німесулід
Німесил®

30 пакетиків з гранулятом для приготування суспензії

100 мг німесуліду у кожному пакетикі, по 100 мг два рази на добу

курс лікування до 15 днів

Нестероїдний протизапальний засіб¹



низький ризик гастроінтестинальних геморагічних ускладнень у порівнянні з іншими НПЗП, що широко застосовуються^{2,3,4}

висока антиколагеназна активність^{5*}

інгібує IL-1^{6*,**}, IL-6^{6*,**} та субстанцію "P"⁷

додаткове інгібування IL-8 та ФНП-α (у високих концентраціях)^{8*}

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: нестероїдні протизапальні засоби. Код АТС M01A X17.

Склад: 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг.

Показання: Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів.

Побічні дії. Анемія, еозинфілія, тромбоцитопенія, панцитопенія, пурпура, підвищена чутливість, анафілаксія, гіперкаліємія, відчуття страху, нервозність, нічні жажливі сновидіння, запаморочення, головний біль, сонливість, енцефалопатія (синдром Рейє), нечіткий зір, вертиго (запаморочення), тахікардія, гіпертензія, геморагія, лабільність артеріального тиску, приливи, задишка, астма, бронхоспазм, діарея, нудота, блювання, запор, метеоризм, гастрит, кровотечі у травному тракті, виразка та перфорація 12 палої кишки або шлунка, біль у животі, диспепсія, стоматит, випорожнення чорного кольору, збільшення рівня ферментів печінки, гепатит, миттєвий (фульмінантний) гепатит, із летальним кінцем у тому числі, жовтяниця, холестаза, свербіж, висип, підвищена пітливість, еритема, дерматит, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, набряк обличчя, еритема поліформна, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, дизурія, гематурія, затримка сечовипускання, ниркова недостатність, олігурія, інтерстиціальний нефрит, набряк, нездужання, астенія, гіпотермія.

Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Німесил® від 02.08.2013 №684. Перед застосуванням та/або призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.

Виробник Німесил®: Laboratorios Menarini S.A. Альфонс XII, 587, 08918 Бадалона, Іспанія. Файн Фудс енд Фармасьютикалз Н.Т.М. С.П.А. Віа дель артіджанато, 8/10 - 24041, Брембате (БГ), Італія.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Німесил® від 10.07.2014 №483.

² Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, Vendrell L and Leone R. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420.

³ Castellsague J, Pisa F, Rosolen V, Drigo D, Riera-Guardia N, Giangreco M, Clagnan E, Tosolini F, Zanier L, Barbone F and Perez-Gutthann S. Risk of upper gastrointestinal complications in a cohort of users of nimesulide and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Friuli Venezia Giulia, Italy. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2013 Apr;22(4):365-75. doi: 10.1002/pds.3385. Epub 2012 Dec 11.

⁴ MDM Data, Q3-2014. PharmXplorer Data, YTD/07/2014.

⁵ Barracchini A, Franceschini N, Amicosante G, Oratore A, Minisola G, Pantaleoni G and Giulio di A. Can Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs Act as Metalloproteinase Modulators? An In-vitro Study of Inhibition of Collagenase Activity. J. Pharm. Pharmacol. 1998; 50: 1417-1423.

⁶ Bennett A and Villa G. Nimesulide: an NSAID that preferentially inhibits COX-2, and has various unique pharmacological activities. Exp. Opin. Pharmacother., 1 (29), 277-286, 2000.

⁷ Bianchi M, Broggini M, Balzarini P, Franchi S, Sacerdote P. Effects of nimesulide on pain and on synovial fluid concentrations of substance P, interleukin-6 and interleukin-8 in patients with knee osteoarthritis: comparison with celecoxib. Int J Clin Pract. 2007 Aug;61(8):1270-7. Epub 2007 Jun 22.

⁸ Kimura T, Iwase M, Kondo G, Watanabe H, Ohashi M, Ito D, Nagumo M. Suppressive effect of selective cyclooxygenase-2 inhibitor on cytokine release in human neutrophils. Int Immunopharmacol. 2003 Oct;3(10-11):1519-28.

* Дослідження "in vitro".

** Дослідження на тваринах.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою: Представництво виробника "Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмБХ" в Україні, 202098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



Ефективними в лікуванні дисменореї є монофазні КОК. Особливо віддають перевагу цим препаратам жінки, які потребують запобігання небажаній вагітності. Лікувальний ефект КОК при дисменореї зумовлений пригніченням гормональної функції гіпофіза та яєчників, що приводить до ановуляції. Внаслідок зниження продукції естрогенів знижується синтез простагландинів, окситоцину, вазопресину, що в комплексі знижує тонус матки, внутрішньоматковий тиск і сприяє припиненню болювого синдрому. Найбільш ефективними в лікуванні альгодисменореї виявились КОК, до складу яких входить дроспіренон (джаз, ярина) та гестоден (логест, фемоден), дезогестрел (марвелон). На фоні прийому препаратів, що містять гестоден, дезогестрел або дроспіренон, зменшується або повністю зникає біль уже протягом першого чи другого місяця від початку лікування [3, 10, 15].

Вторинна альгодисменорея

У жінок із вторинною альгодисменореєю виявляють патологію статевих органів, що спричинила розвиток вираженого болювого синдрому під час менструації.

Отже, вторинна альгодисменорея – це симптом ряду захворювань. Частіше всього біль є проявом ендометріозу, вад розвитку внутрішніх статевих органів, які супроводжуються порушенням відтоку менструальної крові, а також хронічних запальних захворювань придатків матки. До числа захворювань, що супроводжуються альгодисменореєю, належать спайкові процеси в малому тазу, міома матки, гострокутова антефлексія матки, звуження внутрішнього вічка шийки матки після вишкрібання [1, 3, 5].

У деяких випадках функціональний шар ендометрія виділяється під час менструації у вигляді суцільної перетинки, «зліпка матки», через відсутність ферментативного розплавлення, характерного для нормальної менструації; згідно зі старою термінологією – так звана мембранозна дисменорея. Виділення з матки «нерозплавленого зліпка» ендометрія супроводжується надзвичайно сильним переймоподібним болем [5]. У таких випадках до комплексу лікувальних заходів слід додавати ферментативні препарати (серрата, вобензим, дістрептаза).

Синдром альгодисменореї є основним в клінічній картині ендометріозу. Ця патологія характеризується сильним ниючим болем (на відміну від характерного для первинної альгодисменореї переймоподібного болю) тривалістю 2-3 дні, який часто поширюється в попереково-крижову зону, ділянку прямої кишки. Біль зазвичай не супроводжується «вегетативною бурєю», можливе незначне підвищення температури тіла та швидкості осідання еритроцитів. При гінекологічному обстеженні виявляють органічні зміни залежно від локалізації та ступеня поширеності процесу.

Внутрішньому ендометріозу тіла матки, крім болювого синдрому, властиві метрорагії, що можуть призвести до анемізації пацієнтки. Також характерні зміни форми та положення матки (шаровидна, відхилена дозад), обмежена рухливість та виражена болючість за рахунок спайкового процесу. Розвиток ендометріозу частіше спостерігають у жінок віком 30-40 років з анамнезом хірургічних втручань на статевих органах, абортів, пологів [4, 5].

Існує думка, що необдумане і тривале призначення КОК особам з ендометріозом без належної діагностики та спостереження може призвести до пізнього виявлення та розвитку інфільтративних форм даної нозології [12].

У жінок, які використовують внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК) концентрація простагландинів значно підвищена і чітко корелює з вмістом макрофагів в ендометрії. При використанні ВМК, що містять левоноргестрел (мірена, джайдес), альгодисменорея відсутня через зниження котрактильної активності міометрія під впливом гестагену [4].

Причиною болю під час менструації може бути розрив заднього листка широкої зв'язки матки (синдром Аллена – Мастерса), варикозне розширення вен власної зв'язки яєчника. Зазвичай синдром Аллена – Мастерса виникає при травматичних пологах (великий плід, стрімкі пологи, накладання акушерських щипців), грубому розширенні цервікального каналу під час штучного аборту. Лікування даної патології хірургічне [1, 4, 5].

Варикозне розширення вен малого таза, яке часто буває різко вираженим, на тепер мало вивчене. Причиною даної патології можуть бути запальні захворювання органів малого таза, спайкові процеси, вагітність, посилення кровообігу в органах малого таза, сексуальне незадоволення. Можливо, цей процес має системний характер, оскільки у жінок з розширенням вен малого таза часто спостерігають варикоз гемороїдальних вен, судин нижніх кінцівок [1, 4].

Вторинна альгодисменорея зустрічається також при вадах розвитку геніталій, які супроводжуються порушенням відтоку крові – додатковий замкнутий ріг матки, додаткова замкнута піхва. Характерним симптомом альгодисменореї у цих випадках є наростання болючості менструацій з моменту менархе. Наявність вад розвитку матки та піхви спричинюють ретроградний відток менструальної крові в черевну порожнину і розвиток ендометріозу. Саме з цієї причини пацієнтки з альгодисменореєю, яка виникла з початком менархе та прогресує, не піддаються консервативному лікуванню і потребують сучасного обстеження та оперативного втручання [1, 4, 5].

Болісні менструації зустрічаються у жінок із субмукозною міомою. Біль виникає при субмукозних



вузлах, що народжуються, коли пухлина досягає внутрішнього зіву матки і скороченнями матки виштовхується через цервікальний канал [1, 4].

Причиною альгодисменореї також є запальні захворювання придатків матки. Так, існування стійкого вогнища запалення в малому тазу призводить до порушення менструального циклу у 45-55% хворих, що проявляється у вигляді мено- і метрорагій, гіпоменструального синдрому і альгодисменореї [9, 11]. Значний ефект у лікуванні даної патології при хронічних запальних захворюваннях придатків матки має призначення вітаміну Е дозою 200-400 мг в перші дні менструації або циклічно [1].

Таким чином, необхідно проводити диференціальну діагностику первинної та вторинної альгодисменореї.

Діагностичні критерії первинної альгодисменореї, виділені В.І. Бодяжиною та співавт. (1990):

- молодий вік хворих (16-25 років);
- поява болю з першої в житті менструації чи невдовзі після неї;
- наявність супутніх вегетосудинних симптомів – блювота, нудота, проноси, пітливість, головний біль, запаморочення;
- відсутність патологічних змін при гінекологічному дослідженні;
- характерні конституційні особливості хворої [1, 5].

При вторинній альгодисменореї перш за все проводять ефективне лікування основного захворювання, яке є джерелом больових імпульсів і може підтримувати порушення функції гіпоталамусу.

При альгодисменореї, викликаній запальними процесами, необхідно проводити протизапальну терапію з наступною тривалою реабілітацією. Гарний терапевтичний ефект в період реабілітації спостерігається при використанні монофазних оральних контрацептивів. Клінічне покращення самопочуття та зменшення больового синдрому спостерігається через 5-6 тиж прийому КОК.

Профілактика альгодисменореї включає відповідну організацію режиму навчання і праці дівчаток та жінок, своєчасне виявлення і лікування екстрагенітальної патології та захворювань жіночих статевих органів.

Безумовно, основою визначення тактики ведення пацієнток з альгодисменореєю є правильна діагностика її причини. Особливо це стосується тих форм захворювань репродуктивної системи, що потребують оперативного лікування. Головною помилкою у веденні цієї категорії хворих є тривале лікування знеболюючими засобами без відповідного діагностичного контролю.

Основою успіху в лікуванні пацієнток з первинною чи вторинною альгодисменореєю є відповідна підготовка лікаря, яка передбачає глибокі систематизовані знання щодо етіології та патогенезу цієї патології.

Список використаної літератури

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство. 1999. – 591 с.
2. Сjöбен Д., Гарлоу. Менструація та менструальні розлади // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 296. – С. 48-47.
3. Бенюк В.А. Амбулаторно-поликлиническая помощь в гинекологии. – К.: ООО «Доктор-Медиа», 2010. – 462 с.
4. Бенюк В.А., Венцковская И.Б. Дисменорея // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 2 (11).
5. Майоров М.В. Применение НПВС: гинекологические аспекты // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 1 (28) – С. 40-46.
6. Алешина А.М. Три подхода к лечению первичной дисменореи: применение КОК, фитопрепаратов, витаминно- и физиотерапии // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 9 (62). – С. 2-7.
7. Вовк И.Б. Диагностика и лечение заболеваний пубертатного периода // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 9 (26). – С. 20-23.
8. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А., Зароченцева Н.В. Патогенетическое обоснование лечения дисменореи // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 72-77.
9. Атаманчук И.Н. Комплексный подход при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 1 (52). – С. 40-44.
10. Г.І. Резніченко, В.М. Плотнікова, В.Ю. Потебня, О.В. Кулікова. Синдром хронічного тазового болю в жінок із дисменореєю: шляхи корекції, нові підходи до лікування // Международный эндокринологический журнал. – 2008. – № 4 (16). – С. 65-69.
11. Полищук И.Ю., Коньков Г.Д. Применение препарата Линдинет 30 в реабилитационной терапии больных с ВЗОМТ // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 10 (27). – С. 42-45.
12. Татарчук Т.Ф. Рациональный подход к применению комбинированных оральных контрацептивов при эндометриозе // Жіночий лікар. – 2015. – № 5 (61). – С. 24-30.
13. Andrew S. Coco. Primary Dysmenorrhea // Am.Fam. Physician. 1999 Aug 1; 60 (2): 489-496.
14. Lasco A., Catalano A., Benvenga S. Improvement of primary dysmenorrhea caused by a single oral dose of vitamin D: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study // Arch. Intern. Med. Feb 27, 2012; Vol. 172 (4): 366-367.
15. Lopez L.M., Kaptein A.A., Helmerhorst F.M. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2012, Feb 15; 2: CD006586.

Современные подходы к лечению альгодисменореи

А.П. Григоренко, Н.С. Шатковская, О.Х. Герич, О.Г. Горбатиук, В.Ю. Онышко, А.Н. Биньковская

В статье освещены вопросы патогенеза, особенностей клинического течения первичной и вторичной альгодисменореи, представлена тактика ведения пациенток с этой патологией.

Ключевые слова: альгодисменорея, эндометриоз, нестероидные противовоспалительные средства, комбинированные оральные контрацептивы.

Modern approaches to the treatment of algodysmenorrhea

A.P. Grigorenko, N.S. Shatkovska, O.H. Gerich, O.G. Horbatiuk, V.Y. Onyshko, A.N. Binkovska

The article highlights the issues of pathogenesis, clinical course of primary and secondary algodysmenorrhea, tactics of patients with this disease is presented.

Keywords: algodysmenorrhea, endometriosis, non-steroid antiinflammatory medicines, combined oral contraceptives.