

РАЗНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ



А.М. ЮЗЬКО

д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПО, проректор Буковинского государственного медицинского университета, президент Украинской ассоциации репродуктивной медицины, лауреат Государственной премии Украины

А.М. АЛЕШИНА

врач акушер-гинеколог, Киевская городская студенческая поликлиника

ВВЕДЕНИЕ

Дисменорея – циклический патологический процесс, проявляющийся: болями внизу живота в дни менструации и сопровождающийся комплексом вегетативных, обменно-эндокринных, эмоционально-психических и вегетативно-сосудистых симптомов [1, 5, 9–10]; нарушением менструального цикла, проявляющимся в болезненных менструациях (МКБ-10) [3, 5, 9, 11].

Дисменорея – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в гинекологии. По данным разных авторов, частота ее колеблется в пределах от 7,9 до 92% среди менструирующих женщин. Это самая частая причина пропусков занятий в школах, вузах и временной нетрудоспособности молодых нерожавших женщин [2, 3, 5, 6, 9–12]. Ожидание появления боли во время менструации сказывается на общем самочувствии, эмоциональном и психическом состоянии женщины [1]. Поэтому дисменорея является одной из значимых проблем не только с медицинской, но и с социальной точки зрения. Например, экономические потери в США по причине дисменореи составляют 600 млн часов рабочего времени и соответственно 2 млрд долларов недополученной прибыли ежегодно [10, 11]. Диагноз первичной дисменореи – диагноз исключения вторичной дисменореи.

Дисменорею разделяют на первичную и вторичную. При первичной (функциональ-

развития половых органов, эндометриоза, спаечного процесса, варикозного расширения вен малого таза и др.

Частота и структура дисменореи зависят от возраста. Первичная дисменорея может возникать с менархе, и частота ее увеличивается к 17–18 годам, когда оканчивается становление менструальной функции и формируются овуляторные циклы [2, 9–12]. Выявлена прямая пропорциональная связь между тяжестью дисменореи, типом вегетативной нервной системы, сниженной массой тела, приемом наркотиков и алкоголя, социальным положением, характером и условиями труда [9–12].

В настоящее время, для лечения первичной дисменореи используют нестероидные противовоспалительные средства (эффективны в 25–43% случаев) [10–12], симптоматическую терапию (спазмолитики), фито-, витаминотерапию (витамин B₁ [до 87% эффективности]; витамины B₆, B₁₂, D, E [эффективность более 87%]) [10–12] и седативную терапию, блокаторы кальциевых каналов, магний (ионы магния уменьшают возбудимость нейронов и замедляют нервно-мышечную передачу), физические методы, ферменты, антиоксиданты, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, антигомотоксическую и рефлексотерапию [1–9], нитроглицерин трансдермально (0,1–0,2 мг в течение первого часа менструации, эффективность 90%, но головная боль при этом сохраняется у 20% пациенток), акупунктуру (эффективность более 91%), лапароскопическую пресакральную нейронэктомию (эффективна в 33–88% пациенток в течение 12 месяцев после операции), трансдермальную электрическую стимуляцию нервов (42–60% быстро наступающей эффективности) [10–12], гормонотерапию (такими препаратами, как даназол, лейпролида ацетат, депо медроксипрогестерона ацетата), внутриматочную систему «Мирена» (эффективность 50% после 36 мес. использования) [12], диетотерапию [10–12]. Наиболее эффективны в лечении дисменореи комбинированные оральные контрацептивы (КОК), особенно для пациенток, нуждающихся в контрацепции [1–12], их эффективность составляет около 90% [10].

Цель исследования: проанализировать заболеваемость дисменореей у студенток Киевского политехнического института, сравнить и оценить эффективность лечения первичной дисменореи у нерожавших женщин 16–22 лет тремя методами: фитотерапия препаратом Тазалок™, циклическая витаминотерапия с магнием лактатом дигидратом

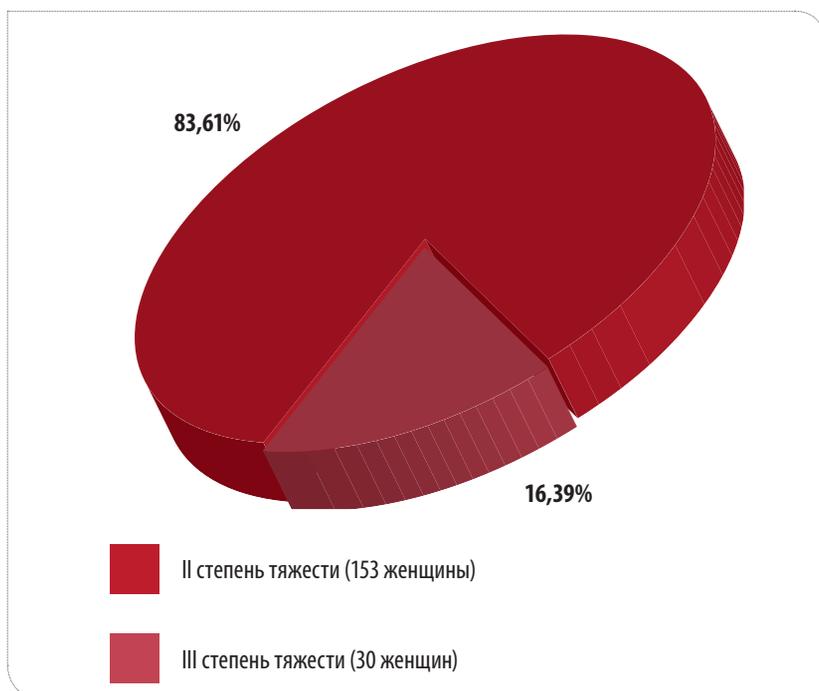


РИСУНОК 1. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕЕЙ ПАЦИЕНТОК В ГРУППЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ной) дисменореей отсутствуют органические заболевания половых органов. Вторичная дисменорея является симптомом различных гинекологических заболеваний – пороков

и электрофорезом на низ живота с новокаином, применение КОК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группу исследования вошли 183 студентки со II (153 пациентки, 83,61%) и III (30 пациенток, 16,39%) степенью тяжести дисменореи (рис. 1). Пациентки с дисменореей I степени тяжести (умеренная боль во время менструации внизу живота, при которой применение анальгетиков не было необходимым) в группу исследования не входили. Поставлен диагноз первичной дисменореи методом исключения органической патологии. Контрольную группу составили 30 соматически здоровых студенток.

Все пациентки, вошедшие в группу исследования, предъявляли жалобы на боли внизу живота в 1–3-й дни менструального цикла (МЦ) и за день до предполагаемой менструации. Интенсивность боли внизу живота за все дни менструации оценивались с помощью вербально-аналоговой шкалы (ВАШ) – шкалы длиной 10 см, на которой через каждые 2 см отмечены 5 степеней выраженности боли (0 – нет боли, 2 – слабая, 4 – умеренная, 6 – сильная, 8 – очень сильная, 10 – невыносимая). Анкетирование по ВАШ проводилось до начала лечения, через 1, 3, 6 и 9 месяцев от начала лечения. Больным проводились клинические обследования: общий анализ крови, мочи, бактериоскопия и цитологическое исследование выделений (у сексуально активных пациенток); УЗИ органов малого таза, молочных желез и щитовидной железы; гормональное исследование (лютеинизирующий гормон [ЛГ], фолликулостимулирующий гормон [ФСГ], ЛГ/ФСГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон – на 2–7-й и 21–24-й дни МЦ, тестостерон – на 2–7-й день МЦ). Инфекции, передающиеся половым путем, были исключены.

Больные были разделены на 3 группы по 61 человеку. В I группу вошли 10 пациенток с тяжелой дисменореей и 51 пациентка с дисменореей средней степени тяжести, во II группу соответственно – 9 и 52, а в III – 11 и 50 пациенток.

I группа получала терапию фитопрепаратом Тазалок™ (в состав входит смесь лекарственного растительного сырья: корни лабазника шестилепесткового; корни петрушки кудрявой; корни сельдерея; трава подмаренника настоящего; трава ленка обычного; цветки календулы и спирт этиловый 40% в соотношении 1:10). Препарат применялся ежедневно, по 30–40 капель (предварительно разведенных в 100 мл (1/2 стакана) питьевой воды) 3 раза в день за 30 минут до приема пищи. Фитокомплекс Тазалок™ имеет в своем составе высокое содержание флавоноидов,

терпеноидов и фитостеролов, которые оказывают эстрогеноподобную активность. Как известно, слабая эстрогеноподобная активность веществ может сопровождаться антиэстрогенным действием из-за способности конкурентно связываться со специфическими рецепторными белками – клеточными рецепторами эстрогенов [7].

Таким образом, Тазалок™ использовался как – комплексный растительный негормональный препарат, который регулирует синтез эндогенных гонадотропных гормонов, нормализует менструальный цикл, способствует восстановлению нормального соотношения эстрогенов и гестагенов (прогестерона); оказывает влияние на ткани молочных желез, матки и яичников, предотвращает развитие в них диспластических процессов.



Кроме влияния эстрогенов на концентрацию тироксинсвязывающего глобулина, эстрогены и тестостерон оказывают крайне незначительное влияние на деятельность ЩЖ



Кроме того, Тазалок™ обладает некоторой антипролиферативной и противовоспалительной активностью. У пациенток, страдающих поликистозом яичников, применение препарата уменьшает напряжение и размягчает капсулу кисты, а также повышает функциональную активность здоровой части яичника. За счет реверсивного действия препарат способствует



При соматических заболеваниях средней тяжести у пациентов происходит незначительное снижение концентрации ТТГ, а уровень свободной фракции T_4 в сыворотке крови часто умеренно повышается

уменьшению и рассасыванию плотных узлов в молочных железах. Также препарат значительно снижает чувствительность молочных желез к колебанию гормонального фона в течение менструального цикла. За счет спазмолитического и анальгетического действий, а также регуляции гормонального фона Тазалок™ эффективен у пациенток, страдающих предменструальным синдромом, дисменореей и другими нарушениями менструального цикла.

II группа исследуемых пациенток получала циклическую витаминотерапию с магния лактата дигидратом (48 мг Mg^{2+}) и 5 мг витамина B_6 по 1 таблетке 3 раза/сут., а также электрофорез на низ живота с новокаином в течение 5 дней перед менструацией.

III группа принимала КОК по схеме (соответственно возрасту, конституции [2–3] и сопутствующей патологии). Пациентки всех групп были сопоставимы по возрасту, анамнестическим данным, заключениям кольпоскопических исследований и результатам бактериологического обследования и ПЦР.

циенток – в 11 лет, у двух – в 15 лет. При гинекологическом осмотре, УЗИ органов малого таза значительных отклонений от нормы выявлено не было. Матка в положении anteflexio была у 152 пациенток (83,1%), в положении retroflexio – у 31 (16,9%). У 160 (87,4%) обследованных матка была нормальных размеров, у 23 (12,6%) имела место гипоплазия матки I степени. УЗИ выявило у 7 пациенток (3,83%) диффузное увеличение щитовидной железы I степени (при этом показатели гормонов щитовидной железы были в пределах нормы). УЗИ молочных желез показало диффузную железисто-кистозную мастопатию у 13 пациенток (7,1%) (рис. 2).

В результате проведенных гормональных исследований было установлено, что ФСГ, ЛГ, общий тестостерон, эстрадиол находились в пределах возрастных норм, пролактин был повышен у 4 пациенток (2,19%), прогестерон был снижен или соответствовал нижней границе нормы во II фазе МЦ у 78 пациенток (42,62%). По данным ВАШ, все пациентки до начала лечения оценивали боль как сильную, очень сильную или невыносимую (таблица).

По истечении 1 мес. лечения сильные и очень сильные боли сохранялись у 30 пациенток (49,18%) в I группе, 32 пациенток (52,46%) во II группе и у 14 (22,95%) в III группе; умеренную боль отметили 13 пациенток (21,31%) в I и II группах и 21 (34,43%) в III группе. Боль оценили как слабую 17 студенток (27,87%) в первой группе, 16 (26,23%) во второй и 23 (37,7%) в третьей. Невыносимых болей не отметила ни одна участница исследования. У одной пациентки (1,64%) в I группе и трех пациенток (4,92%) III группы (дисменорея II степени тяжести) менструации проходили безболезненно.

Через 3 мес. проводимой терапии очень сильные и невыносимые боли у пациенток уже не отмечались. Однако сильные боли в I группе отметила одна пациентка (1,64%), а во II группе – три пациентки (4,92%) (дисменорея III степени тяжести до начала лечения); умеренные боли ощущали две пациентки (3,28%) в I группе, 5 пациенток (8,2%) во II группе и одна пациентка (1,64%) в III группе; слабые – 7 пациенток (11,47) в I группе и 9 пациенток (14,75%) во II группе соответственно. В III группе были отмечены умеренные боли у одной пациентки (1,64%) и слабые – у 7 (11,48%). Все эти пациентки были с дисменореей III степени тяжести до начала лечения. При этом трудоспособность студенток сохранялась, институт посещали. После лечения менструации стали безболезненными у 51 пациентки (83,6%) в I группе, у 44 пациенток (72,13%) во II группе и у 53 (86,89%) в III группе. Значительное уменьшение интенсивности боли и улучшение качества жизни отметили все пациентки.



РИСУНОК 2. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИСМЕНОРЕЕЙ У ПАЦИЕНТОК

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст осмотренных пациенток составил 18–22 года. Индекс массы тела составлял 18–24,3 кг/м². Сексуально неактивных было 67 пациенток (36,61%). У 37 пациенток (20,22%) был снижен вес (индекс массы тела менее 20 кг/м²). Из анамнеза: продолжительность заболевания во всех группах составила 1,5–6,5 лет; у 3 пациенток менархе началось в 10 лет, у 5 па-

ТАБЛИЦА

Этап наблюдения	Группы	Боль											
		Невыносимая		Очень сильная		Сильная		Умеренная		Слабая		Нет боли	
		абс. число, жен.	относ. число, %										
До лечения	I	10	16,39	37	60,66	14	22,95	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	II	9	14,75	38	62,30	14	22,95	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	III	11	18,03	39	63,93	11	18,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Через 1 мес.	I	0	0	18	29,51	12	19,67	13	21,31	17	27,87	1	1,64
	II	0	0	19	31,15	13	21,31	13	21,31	16	26,23	0	0,00
	III	0	0	8	13,11	6	9,84	21	34,43	23	37,70	3	4,92
Через 3 мес.	I	0	0	0	0,00	1	1,64	2	3,28	7	11,47	51	83,60
	II	0	0	0	0,00	3	4,92	5	8,20	9	14,75	44	72,13
	III	0	0	0	0,00	0	0,00	1	1,64	7	11,48	53	86,89
Через 6 мес.	I	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,28	59	96,72
	II	0	0	0	0,00	1	1,64	2	3,28	5	8,20	53	86,89
	III	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,28	59	96,72
Через 9 мес.	I	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	61	100,00
	II	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	0,00	-	0,00
	III	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,64	60	98,36

После 6 месяцев от начала лечения среди пациенток I группы слабая боль осталась – у двух (3,28%), среди пациенток II группы сильная боль осталась у одной пациентки (1,64%), умеренная – у 2 (3,28%) и слабая – у 5 (8,2%). В III группе 2 студентки (3,28%) отметили слабую боль. У всех пациенток диагностирована дисменорея III степени тяжести до начала лечения. По прошествии 6 мес. лечения 7 пациенток II группы пожелали принимать КОК с лечебной целью.

В конце 9 мес. приема КОК (III группа) у одной пациентки (1,64%) сохранялась слабая боль. У одной пациентки I группы и 7 пациенток II группы, перешедших на прием КОК (3 мес.), интенсивность боли значительно снизилась (одна пациентка с умеренной и три со слабой болью во II группе). Три пациентки из I группы исследования отметили, что за прошедшие 9 месяцев не болели простудными заболеваниями, хотя до начала приема препарата Тазалок™ относились к группе часто и длительно болеющих. Данные пациентки пожелали принимать препарат Тазалок™ еще 3 месяца, во время которых менструации проходили безболезненно, простудных заболеваний не зарегистрировано.

После отмены лечения обезболивающий эффект сохранялся на протяжении 5 месяцев. Наблюдение за пациентками продолжается.

ВЫВОДЫ

В проведенном исследовании хорошие результаты получены в I и III группах пациенток. В I группе пациенток, применяющих препарат Тазалок™, интенсивность боли снижается быстрее, эффект длительнее, требует меньше затрат сил, времени и финансов по сравнению со II группой; в III группе пациенток (применение КОК) интенсивность боли снижается быстро, сильная боль лучше поддается терапии. Однако, учитывая молодой возраст пациенток, применение гормональной терапии у данной категории пациенток имеет определенные ограничения. Следовательно, терапия первичной дисменореи должна быть продолжительной, адекватной степени тяжести, возраста, сексуальной активности пациентки (индивидуально подобранной). Также обязательно следует учитывать комплекс терапии и безопасность. И в данном контексте применение комплексной фитотерапии с гормонкорректирующим, противовоспалительным и седативным действием может быть терапией выбора в лечении первичной дисменореи. Адекватная коррекция болевого синдрома дисгормонального генеза обеспечивает сохранение качества жизни женщины и является профилактикой нарушений ее психосоматического состояния, репродуктивного здоровья и экономически выгодно для государства.

ТАБЛИЦА.
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ
С ПОМОЩЬЮ ВАШ ДО НАЧАЛА
ЛЕЧЕНИЯ, ЧЕРЕЗ 1, 3, 6 И 9 МЕСЯЦЕВ
ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Бенюк В.А., Венцковская И.Б.
Дисменорея // Журнал «Медицинские аспекты здоровья женщины». – 2008. – Т. 2. – №11.
- Benyuk, V.A. Ventskovskaya, I.B.
«Dysmenorrhea.» Journal «Medical Aspects of Women’s Health», 2 (11) (2008).
2. Вовк И.Б.
Диагностика и лечение заболеваний пубертатного периода // Журнал «Медицинские аспекты здоровья женщины». – 2009. – Т.9. – №26.
- Vovk, I.B.
«Diagnostics and treatment of diseases of puberty period.» Journal «Medical Aspects of Women’s Health», 9 (26) (2009).
3. Гинсбург В.Г.
Дисменорея (в помощь практикующему врачу) // Журнал «Жіночий лікар». – 2008. – №4.
- Ginsburg, V.G.
«Dysmenorrhea (to assist the practitioner).» Journal «Women’s doctor», 4 (2008).
4. Жук С.И., Ночвина Е.А.
Современный подход к коррекции нарушений овариально-менструального цикла // Журнал «Здоровье женщины». – 2006. – Т. 1. – №25. – С. 92–95.
- Zhuk, S.I. Nochvina, E.A.
«Modern approach to the correction of disorders of ovarian-menstrual cycle.» Journal «Women’s Health», 1 (25) (2006): 92–95.
5. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А., Зароченцева Н.В.
Патогенетическое обоснование лечения дисменореи // Журнал «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии». – 2005. – Т. 4 (1). – С. 72–77.
- Krasnopol’skii, V.I. Serov, O.F. Tumanov, V.A. Zarochentseva, N.V.
«Pathogenetic substantiation of dysmenorrhea treatment.» Journal «Gynecology, Obstetrics and Perinatology Questions», 4(1) (2005): P. 72–77.
6. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А.
Гинекология. – 2002. – Т. 6. – №3. – С. 215–218.
- Prilepskaya, V.N. Mezhevitinova, E.A.
«Gynecology.» 6(3) (2002): 215–218.
7. Резников О.Г., Тарасенко Л.В. и соавт.
Антиэстрогенная активность фитопрепарату Тазалок™: результаты экспериментального дослідження // Репродуктивная эндокринология. Научно-практический медицинский журнал. – 2012. – 1(3). – С. 90–92.
- Reznikov, O.G. Tarasenko, L.V. et al.
«Antiestrogenic activity of the phytodrug Tazalok™: results of a pilot study // Reproductive Endocrinology.» Scientific-practical medical journal, 1 (3) (2012): 90–92.
8. Сметник В.П., Тумилович Л.Г.
Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М. – 2001. – С. 227–238.
- Smetnik, V.P. Tumilovich, L.G.
«Non-operative Gynecology: a Guide for Physicians.» Moscow. (2001): 227–238.
9. Ходаківський С.Б., Захаренко Н.А.
Дисменорея // Журнал «Жіночий лікар». – 2006. – №3.
- Khodakivskiy, S.B. Zakharenko, N.A.
«Dysmenorrhea.» Journal «Women’s doctor», 3 (2006).
10. 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, 172(4) (2012): 366–367. doi:10.1001/archinternmed.2011.715.
11. Calis, K.A. Rivlin, M.E.
«Dysmenorrhea.» Mar 8 (2011).
12. French, L.
«Dysmenorrhea.» American Family Physician, Jan 15; 71(2) (2005): 285–291.



РІЗНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ДИСМЕННОРЕЇ

О.М. Юзько, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології ФПО, проректор Буковинського державного медичного університету, президент Української асоціації репродуктивної медицини, лауреат Державної премії України

Г.М. Альошина, лікар акушер-гінеколог, Київська міська студентська поліклініка

Проведено порівняння ефективності лікування дисменореї різними методами: фітотерапія препаратом Тазалок™, циклічна вітамінотерапія з магнієм та електрофорезом на низ живота з новокаїном, комбіновані оральні контрацептиви, розглянута ефективність лікування дисменореї комплексним фитопрепаратом Тазалок™, з’ясовано сучасні оптимальні методи лікування первинної дисменореї у жінок 16–22 років, що не народжували.

Ключові слова: дисменорея, біль, гормональний статус, вербально-аналогова шкала, вік, комбіновані оральні контрацептиви, Тазалок™, фітотерапія, вітамін В₆, магнія лактат, новокаїн.

THE DIFFERENT WAY TO THE TREATMENT OF DYSMENORRHEA PRIMARY

O.M. Yuz’ko, MD, Professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department of the Postgraduate Education Faculty, vice-rector of Bukovinian State Medical University, president of the Ukrainian Association of Reproductive Medicine, laureate of the State Prize of Ukraine

G.M. Alyoshina, obstetrician-gynecologist, Kyiv City Student Polyclinic

A comparison of various treatment methods of dysmenorrhea was carried out: phytotherapy (herbal medicine) via using Tazalok™ drug, cyclic vitamin treatment with magnesium and electrophoresis with Novocain applied to the abdomen, combined oral contraceptives. The effectiveness of dysmenorrhea treatment with complex phytodrug named Tazalok™ has been reviewed and modern best practices for the treatment of primary dysmenorrhea of nulliparous women aged 16-22 has been identified.

Also modern optimum methods of primary dysmenorrhea medical treatment for nullipara aged of 16-22 are determined.

Key words: dysmenorrhea, pain, hormonal status, the verbal-analog scale, age, combined oral contraceptives, Tazalok™, phytotherapy, vitamin B₆, magnesium lactate, novocain.