

Возможности лечения дисменореи

П.Н.Кротин, О.В.Кириленко✉

СПб ГБУЗ Городской консультативно-диагностический центр для детей (репродуктивное здоровье) «Ювента». 190020, Россия, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 12, литера А

Изучено использование препарата Менальгин у 52 пациенток в возрасте от 13 до 28 лет при лечении первичной дисменореи у женщин без органической патологии органов малого таза. Показаны высокая анальгетическая эффективность препарата и снижение необходимости использования других обезболивающих средств. Отмечено положительное влияние Менальгина на психоэмоциональное состояние и работоспособность пациенток.

Ключевые слова: дисменорея, лечение дисменореи, Менальгин.

✉juventa@front.ru

Для цитирования: Кротин П.Н., Кириленко О.В. Возможности лечения дисменореи. Гинекология. 2015; 17 (6): 37–40.

Possibilities of treating dysmenorrhea

P.N.Krotin, O.V.Kirilenko✉

Advisory-diagnostic center for children (reproductive health) "Juventa". 190020, Russian Federation, Saint Petersburg, Staro-Petergofskii pr., d. 12, litera A

We studied the use of the drug Menalgin in 52 patients aged 13 to 28 years in the treatment of primary dysmenorrhea in women without organic pathology of the pelvic organs. The drug showed high analgesic efficacy and reduction of the need for other pain medications. The positive effect on psycho-emotional status and health of patients was also noted.

Key words: dysmenorrhea, dysmenorrhea treatment, Menalgin.

✉juventa@front.ru

For citation: Krotin P.N., Kirilenko O.V. Possibilities of treating dysmenorrhea. Gynecology. 2015; 17 (6): 37–40.

Нарушение менструального цикла (МЦ), проявляющееся в болезненных менструациях, обозначается как дисменорея. Дисменорея – это циклический патологический процесс, проявляющийся болями внизу живота в дни менструации, сопровождающийся комплексом вегетативных, обменно-эндокринных, эмоционально-психических симптомов.

Дисменорею принято подразделять на первичную и вторичную. При первичной дисменорее у женщин, как правило, отсутствуют патологические изменения половых органов. При вторичной – появление боли внизу живота во время менструации связано с разными (чаще всего гинекологическими) заболеваниями [1, 2].

Первичную дисменорею можно определить как патологический и циклический повторяющийся синдром, характеризующийся болезненными ощущениями во время МЦ при отсутствии патологических изменений со стороны половых органов. Боль носит схваткообразный характер, но может быть ноющей, распирающей, иррадиировать в спину, вдоль внутренней поверхности бедра, в прямую кишку [3]. При этом болезненность сопровождается развитием разного рода реакций, таких как отрыжка, рвота, тошнота, ощущение жара, потливость, гипертермия, головная боль и рядом других. Помимо этого существует возможность появления нарушений эмоционально-психического характера, а именно: депрессивное состояние, раздражительность, непереносимость запахов, сонливость, бессонница и др. По фактическим данным, среди подростков в возрасте от 10 до 20 лет первичная дисменорея встречается с частотой от 43 до 90%, которая повышается с увеличением гинекологического возраста. Таким образом, частота заболеваемости дисменореей напрямую зависит от возрастной категории. Менструальная боль обычно сохраняется в возрасте 20–24 лет, а исчезает после родов либо постепенно уменьшается с течением времени у женщин старше 25 лет [3]. Тяжесть дисменореи зависит от многих факторов, среди которых немаловажную роль играет наследственность – у 30% больных матери страдали дисменореей. Некоторые исследователи отмечают, что возникновению дисменореи предшествуют разные неблагоприятные воздействия внешней среды на организм женщины (переохлаждение, перегревание, инфекционные заболевания) и стрессовые ситуации (физические и психические травмы, умственные и физические перегрузки и т.д.), кроме того, имеются данные, что дисменорея может быть связана с врожденным или приобретенным дефицитом внутриклеточного магния [3].

Таблица 1. Шкала оценки уровня интенсивности боли с помощью 10-балльной ВАШ по модифицированному методу E.Husksisson (1974 г.)

Баллы	Описание интенсивности боли
0	Нет боли
1	Очень слабая боль, не требует приема обезболивающих препаратов
2	Слабая боль, не требует приема обезболивающих препаратов
3	Умеренная боль, не требует приема обезболивающих препаратов
4	Средней силы боль, не требует приема обезболивающих препаратов
5	Средней силы боль, иногда требует приема обезболивающих препаратов
6	Средней силы боль, требует приема обезболивающих препаратов
7	Сильная боль, требует приема обезболивающих препаратов
8	Сильная, иногда очень сильная боль, требует приема обезболивающих препаратов
9	Очень сильная боль, требует приема обезболивающих препаратов
10	Нестерпимая сильная боль

В настоящее время, по данным исследований, установлено, что в ряде случаев временное снижение трудоспособности женщин связано именно с болевым синдромом (БС). Дисменорея является одной из частых причин пропусков занятий школьниц и временной нетрудоспособности молодых девушек [4]. У некоторых женщин боли и психосоматические реакции во время менструации выражены настолько сильно, что приводят к полной потере трудоспособности от нескольких часов до 1–5 дней [5].

В этой связи очевидна значимость решения проблемы дисменореи не только с медицинской, но и социальной точки зрения. По данным СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента», ежегодно на прием к гинекологу обращаются порядка 980 пациенток с жалобами на болезненные месячные.

Причины и механизмы

Патогенез боли при первичной дисменорее в своей основе имеет гиперпродукцию простагландинов (ПГ) с возможным нарушением их соотношения. ПГ и лейкотриены сами не способны вызвать болевой импульс, но они потенцируют эффекты истинных медиаторов боли. Боль при дисменорее имеет двойное происхождение: она возникает в результате маточных сокращений и вторичной ишемии, а также повышения чувствительности тканей к медиаторам

Таблица 2. Уровень интенсивности боли по ВАШ (баллы)

	1-й день менструации	2-й день менструации	3-й день менструации
До лечения	7,5	5,4	3,3
После лечения	3,7	2,5	0,8
Достоверность (p)	<0,01	<0,02	<0,02

Рис. 1. Динамика изменения уровня интенсивности боли по ВАШ.

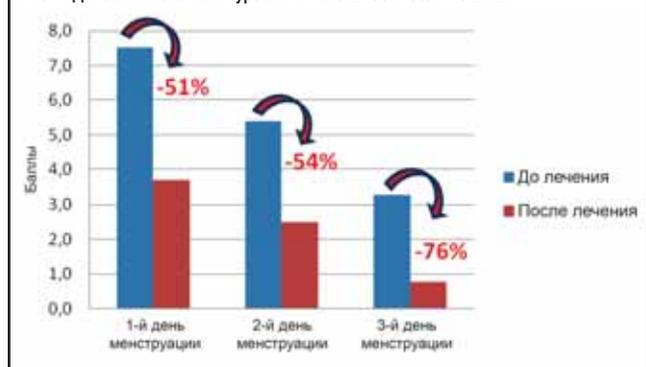
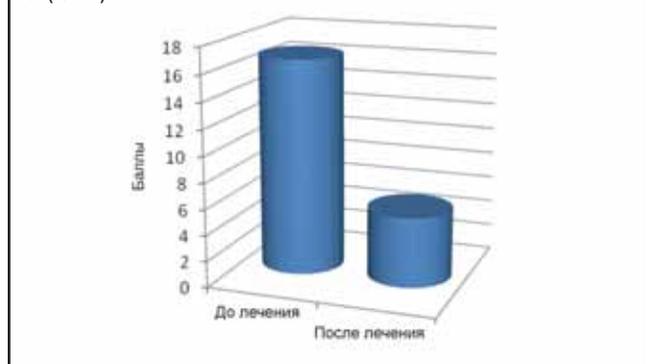


Таблица 3. Уровень выраженности депрессии по модифицированной шкале М. Hamilton (1960 г.)

До лечения	16,6
После лечения	5,4
Достоверность (p)	<0,01

Рис. 2. Уровень выраженности депрессии по модифицированной шкале М. Hamilton (1960 г.).



боли. Формирование БС завершается при участии вегетативной нервной системы, вносящей свой вклад в разнообразие симптоматики сопутствующих жалоб. Дополнительные факторы развития дисменореи в настоящее время активно изучаются.

Терапевтические возможности

Стратегия лечения дисменореи – мероприятия, направленные на нормализацию МЦ и снижение уровня ПГ. При этом лечение должно быть строго индивидуализировано в зависимости от выявленных особенностей женского организма (характер боли, необходимость контрацепции, характер экстрагенитальных заболеваний) и эффективности предшествующей терапии. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) считаются патогенетически оправданным вариантом терапии у лиц с первичной дисменореей. Блокируя синтез ПГ, препараты действуют на основной механизм возникновения боли. Эффективность НПВП составляет 77–80%. Дозировки и кратность приема зависят от выбора препарата. Однако НПВП могут оказывать ряд побочных действий, особенно на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, что может ограничить их применение у гинекологических больных, в частности подростков, и на сегодняшний день, все больше пациенток отдают предпочтение использованию препаратов растительного происхождения.

Собственное исследование

На базе СПб ГБУЗ «ГКДЦ для детей «Ювента»» проведена оценка эффективности использования препарата Менальгин у женщин с болезненными менструациями.

Цель исследования – подтверждение эффективности препарата Менальгин в лечении БС у пациенток с болезненными менструациями (без органической патологии органов малого таза).

Менальгин является мягкодействующим, безопасным и одновременно эффективным лекарственным средством лечения менструальной боли при первичной дисменорее, а его действие определяется свойствами его 5 компонентов.

Magnesium phosphoricum (магния гидрофосфат). Магний – один из важнейших макроэлементов. Нормальный его уровень в организме признан основополагающей константой, контролирующей здоровье человека. Поступление магния в организм наряду с многими другими минеральными веществами и витаминами необходимо для нормальной жизнедеятельности разных тканей, органов и систем. Потребность в магнии существенно возрастает при физических нагрузках, стрессе, в условиях жаркого климата, при частом посещении бани, в период роста, беременности и лактации, при несбалансированных ограничительных диетах, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, продолжительной диарее, полиурии, злоупотреблении алкоголем и синдроме хронической усталости.

Донором энергии в процессах жизнедеятельности клетки является аденозинтрифосфат (АТФ) в виде комплекса Mg^{2+} -АТФ [1]. Дефицит магния лежит в основе гипоксии клеток, что приводит к последующей их гибели, в результате которой формируются разные патологические состояния. Mg^{2+} – естественный физиологический антагонист Ca^{2+} , что обуславливает наличие у него миотропного, спазмолитического и дезагрегационного эффектов, его обезболивающее действие обуславливается снижением выработки ПГ – ПГФ_{2α}. Также магний обладает успокаивающим действием, что связано с его способностью к торможению процессов возбуждения в коре головного мозга.

Chamomilla (ромашка лекарственная). Лечебное действие связано главным образом с наличием эфирного масла. Ромашка оказывает спазмолитическое, противовоспалительное, антисептическое, седативное и обезболивающее действие. Механизм действия объясняется М-холинолитическими свойствами гликозидов растения.

Citrullus colocynthis (дикий арбуз). Содержит эфирные масла, гликозид колоцинтин, жирные кислоты, алкалоиды, гликозиды, сапонины, некоторые смолы. Оказывает выраженное спазмолитическое действие, устраняет острые, схваткообразные колики, также обладает мочегонным, слабительным и противовоспалительным действием.

Potentilla anserina (лапчатка гусиная). Содержит дубильные вещества, холин, витамин С, микроэлементы цинк, калий, органические и жирные кислоты, кумарины; обладает спазмолитическим, болеутоляющим действием, способствует уменьшению интенсивности менструации.

Aesculus (конский каштан). Фармакологическая активность плодов каштана связана с содержанием кумаринового гликозида эскулина и эсцина. Каштан применяют при венозном застое, спастических болях, вызванных спазмом сосудов, оказывает также противоотечное и противовоспалительное действие.

Таким образом, синергизм компонентов способствует увеличению обезболивающего и спазмолитического действия препарата, делает его эффективным в отношении менструальной боли.

Задачи исследования

- Оценить влияние препарата Менальгин на выраженность БС у пациенток с первичной дисменореей.
- Оценить воздействие препарата Менальгин на выраженность психоэмоциональных симптомов у женщин с первичной дисменореей.
- Оценить потребность в дополнительном приеме спазмолитических препаратов и НПВП при применении препарата Менальгин.

Материалы и методы

В группу были включены 52 пациентки в возрасте от 13 до 28 лет с первичной дисменореей. У всех женщин данной группы были болезненные месячные не менее 2 дней и не менее 3 предшествующих МЦ, причем уровень интенсивности боли в один из дней менструации составил не менее 5 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); табл. 1.

Критерии исключения: в исследование не принимали участие пациентки, у которых по результатам обследования были обнаружены кисты яичников и другие органические заболевания органов репродуктивной системы (эндометриоз и разные гиперплазии эндометрия). Также критериями исключения были беременность, прием на момент формирования групп гормональных препаратов, индивидуальная непереносимость пациентками одного или нескольких компонентов, входящих в состав Менальгина.

Все женщины, участвовавшие в исследовании, были осмотрены гинекологом – при скрининге и после завершения приема исследуемого препарата – через 3 мес.

Для оценки эффективности использования препарата Менальгин в лечении первичной дисменореи всем пациенткам, участвовавшим в исследовании, были проведены:

1. Оценка выраженности БС во время менструального кровотечения – при скрининге, затем ежемесячно после начала каждого МЦ путем определения объема потребления обезболивающих средств пациенткой по данным анкетирования.
2. Оценка изменения уровня интенсивности боли с помощью 10-балльной ВАШ по модифицированному методу E.Husksisson (1974 г.) при скрининге и после завершения приема исследуемого препарата – через 3 мес.
3. Оценка изменения уровня выраженности депрессии по модифицированной шкале Гамильтона (M.Hamilton, 1960) при скрининге и через 3 мес.

Все женщины были обследованы:

- проведено полное клиническое обследование (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, определение уровня магния в крови, гемостазиограмма);
- пациентки, живущие половой жизнью, дополнительно были обследованы на инфекции, передаваемые половым путем;
- всем женщинам проведено ультразвуковое исследование органов малого таза, в случаях необходимости неоднократно.

Все пациентки были проконсультированы специалистами центра: терапевтом, эндокринологом и неврологом – для исключения сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Исследуемый препарат – Менальгин был назначен всем женщинам по следующей схеме:

В 1-й день МЦ, при острых болях по 1 таблетке через каждый час, не более 12 раз в день до наступления улучшения.

При последующем лечении (2–3-й день МЦ) по 1–2 таблетки 3 раза в день до момента полного исчезновения жалоб. Данное лечение проводилось на протяжении 3 МЦ.

Результаты и обсуждение

При оценке уровня интенсивности боли установлено, что до лечения уровень интенсивности боли в 1-й день менструации составил 7,5 балла; во 2-й – 5,4 балла; в 3-й – 3,3 балла. Через 3 мес лечения (3 МЦ) уровень интенсивности боли составил 3,7 балла в 1-й день, что соответствует снижению на 51%; 2,5 балла – во 2-й, снижение на 54%; 0,8 балла – на 3-й, снижение на 76% (табл. 2; рис. 1).

При оценке уровня выраженности депрессии по модифицированной шкале M.Hamilton (1960 г.) было выявлено, что средний балл до терапии составил 16,6; через 3 мес лечения (3 МЦ) – 5,4 балла, т.е. выраженность депрессии уменьшилась в 3 раза (на 67%); табл. 3, рис. 2.

Также было выявлено, что через 3 мес терапии (3 МЦ) 40 (77%) пациенток полностью отказались от приема обезболивающих препаратов, т.е. женщины принимали только Менальгин по прописанной схеме, а у остальных 12 (23%) – существенно снизилась необходимость приема обезболивающих препаратов.

Таким образом, анализируя данные приведенных табл. 1–3, необходимо отметить, что прием препарата Менальгин в течение 3 МЦ приводит к значительному снижению интенсивности и длительности болевых ощущений во время месячных, способствует нормализации психоэмоционального состояния, повышению работоспособности и качества жизни.

Выводы

Анализ полученных данных исследования показал:

1. Представлена достаточно высокая эффективность использования препарата Менальгин для снижения болевых ощущений при лечении первичной дисменореи.
2. Применение препарата Менальгин значительно снижает необходимость применения для терапии первичной дисменореи других обезболивающих препаратов.
3. Отмечены отсутствие побочных эффектов и хорошая переносимость препарата Менальгин у всех пациенток.
4. Снижение уровня депрессии при лечении первичной дисменореи препаратом Менальгин способствует нормализации психоэмоционального состояния, повышению работоспособности и улучшению качества жизни пациенток.

Литература/References

1. Прилепская В.Н. Дисменорея. Гинекология. 2000; 2 (1): 34–9. / Prilepskaia V.N. Dismenoreia. Gynecology. 2000; 2 (1): 34–9. [in Russian]
2. Уварова Е.В. Нестероидные противовоспалительные препараты в комплексе лечебных и профилактических воздействий у больных с первичной и вторичной дисменореей. РМЖ. 2005; 17 (13): 1146–50. / Uvarova E.V. Nesteroidnye protivovospalitel'nye preparaty v komplekse lechebnykh i profilakticheskikh vozdeistvii u bol'nykh s pervichnoi i vtorighnoi dismenoreei. RMZh. 2005; 17 (13): 1146–50. [in Russian]
3. Дзобоваева Э.М., Мандрыкина Ж.А. и др. Дисменорея. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика и терапия в практике современного акушера-гинеколога. Акушерство и гинекология. 2012; 1. / Dzbobaeva E.M., Mandrykina Zh.A. i dr. Dismenoreia. Etiopatogenez, differentsial'naiia diagnostika i terapiia v praktike sovremennogo akusbera-ginekologa. Akusberstvo i ginekologii. 2012; 1. [in Russian]
4. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей. Фолиант. 2000; с. 250–60. / Gurkin Yu.A. Ginekologiiia podrostkov. Rukovodstvo dlia vrachei. Foliant. 2000; s. 250–60. [in Russian]
5. Сасунова Р.А., Межевитинова Е.А. Современный взгляд на терапию первичной дисменореи. Гинекология. 2009; 11 (1): 60–2. / Sasunova R.A., Mezhevitiнова E.A. Sovremennyi vzgliad na terapiiu pervichnoi dismenorei. Gynecology. 2009; 11 (1): 60–2. [in Russian]
6. Бороян Р.Г. Простагландины. Взгляд на будущее. М., 1983. / Boroian R.G. Prostaglandiny. Vzgliad na budushchee. M., 1983. [in Russian]
7. Бениришке К. Репродуктивная эндокринология. Под ред. С.С.Клена, Р.Б.Джаффе. М., 1998; 1: 531–60. / Benirishke K. Reprodukтивnаiа endokrinologiiа. Pod red. S.S.Klena, R.B.DzhaFFE. M., 1998; 1: 531–60. [in Russian]
8. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Нурофен в лечении первичной дисменореи. РМЖ. 2002; 7 (10): 34–7. / Tikhomirov A.L., Lubnin D.M. Nurofen v lechenie pervichnoi dismenorei. RMZh. 2002; 7 (10): 34–7. [in Russian]
9. King AE, Critchley HO, Kelly RW. The NF-kappa B pathway in human endometrium and first trimester deciduas. Mol Hum Reprod 2001; 7: 175–83.
10. Epifanova O.I. Effects of hormones on the cell cycle. The cell cycle and cancer. R.Baserga, ed. New York: M. Dekker, 1971; p. 145.
11. Уварова Е.В., Гайнова И.Г. Применение линдинета в комплексе лечения девочек-подростков с дисменореей. Гинекология. 2005; 7(4): 206–9. / Uvarova E.V., Gainova I.G. Primenenie lindineta v komplekse lecheniia devochek-podrostkov s dismenoreei. Ginekologiiа. 2005; 7(4): 206–9. [in Russian]
12. Nelson AL. Contraceptivetechnology 1998; p. 95–141.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Кротин Павел Наумович – д-р мед. наук, проф., гл. врач СПб ГБУЗ ГКДЦ для детей (репродуктивное здоровье) «Ювента»

Кириленко Оксана Васильевна – зав. амбулаторно-поликлиническим отд-нием СПб ГБУЗ ГКДЦ для детей (репродуктивное здоровье) «Ювента». E-mail: juvena@front.ru