

ЧАСТОТА, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ЛЕЧЕНИЕ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ФОНА

Тучкина И.А., Лесовая М.А., Добровольская Л.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. В структуре специализированной службы в подростковом возрасте ведущая роль принадлежит своевременной гинекологической помощи девочкам-подросткам с наиболее частыми в детской гинекологии патологическими состояниями - нарушениями менструальной функции (НМФ) [1, 2]. Они не всегда адекватно поддаются терапии, что объясняется сложностью диагностической методологии у большинства из них, нередко - эндокринно обусловленным характером [3, 4]. По данным большинства специалистов, наиболее распространенным НМФ у женщин является синдром дисменореи (ДМ), который в периоде полового созревания встречается с частотой 22-75 % и значительно ухудшает качество жизни девочек-подростков [1, 5, 6].

Первичная ДМ - циклически повторяющийся болевой синдром, который обусловлен комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия. Боль как ощущение страдания - частая причина обращения молодых пациенток к гинекологу, хотя болезненные менструации нередко рассматриваются юными пациентками, как нечто само собой разумеющееся. Первичная ДМ, отмечающаяся у большинства больных, приводит не только к потере трудоспособности, но и к выраженным изменениям психосоматического статуса [5, 7].

В настоящее время большинство исследователей связывают возникновение первичной ДМ с высоким уровнем простагландинов (ПГ) - F2a и E2 и/или увеличением соотношения ПГF2a/ПГE в эндометрии, являющимися мощными стимуляторами сократительной деятельности миометрия. Во время лютеиновой фазы менструального цикла эндометрий секреторирует ПГ (увеличение содержания F2a маточного происхождения совпадает по времени с регрессом желтого тела). О наличии гормональной регуляции синтеза ПГ свидетельствует положительная корреляция между высоким уровнем ПГF2a в среднем и позднем периодах секреторной фазы цикла и уровнем Э2. Доказано стимулирующее влияние эстрогенов на синтез ПГ и ПРГ [6, 7].

В процессе изучения патогенеза ДМ установлено, что во время менструации нарушается целостность мембран клеток эндометрия, и ПГ

из клеток выходят в межклеточное пространство. Отторжение эндометрия ведет к увеличению их содержания в менструальной крови. В свою очередь, высокий уровень ПГ сопровождается усилением сократительной активности матки, спазмом сосудов и локальной ишемией, что вызывает болезненные ощущения, так как именно нарушение гемодинамики малого таза в виде гипертензии и спазма сосудов или длительной вазодилатации и венозного застоя способствует гипоксии клеток, накоплению аллогенных веществ, раздражению нервных окончаний и возникновению боли. Усилению боли способствует накопление в тканях солей калия и высвобождение свободного активного кальция, повышаются внутриматочное давление, амплитуда и частота маточных сокращений в 2 - 2,5 раза по сравнению с женщинами с безболезненными менструациями. Ключевыми механизмами развития боли при ДМ являются центральный, сосудистый и простагландиновый. Простагландиновый механизм проявляется усилением синтеза простагландинов (преимущественно F2a и E2) или преобладанием синтеза F2a, которые являются стимуляторами сократительной деятельности миометрия, повышают чувствительность ноцицепторов к стимулам, активируют «молчаливые» ноцицепторы. Под влиянием увеличенной концентрации ПГ в крови может возникать ишемия других органов и тканей, что приводит к экстрагениральным нарушениям в виде головной боли, рвоты, диареи, болей в сердце, тахикардии и т. д. [6, 7].

Учитывая образное выражении академика В. Н. Серова, о том, что терпеть боль не следует, а врач может и должен предложить эффективное и патогенетически обоснованное лечение, - необходимость совершенствования адекватной специализированной помощи девочкам и девушкам обуславливает актуальность данного исследования.

Целью работы

Изучить частоту клинических особенностей ДМ, оценить эффективность негормональной терапии и реабилитации этой патологии у девушек в зависимости от характера экстрагениального фона.

Материал и методы

Исследование проводилось на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №2 Харьковского национального медицинского университета, - в Областном центре акушерства, гинекологии и полового воспитания детей и подростков при Областной клинической больнице г. Харькова. Проанализированы результаты проведения профилактических осмотров учениц средних школ Коминтерновского района г. Харькова в возрасте 11-18 лет за 2006-2008 гг., которые проводились 2 раза в год в соответствии с приказом МЗ Украины № 434. Углубленное обследование, лечение и реабилитация осуществлялись в кабинете детской гинекологии 1-й детской поликлиники (амбулаторно) и на клинической базе кафедры – в областной клинической больнице (стационарно).

При постановке диагноза использовались клиничко-лабораторные, биохимические, генетические, иммуноферментные, рентгенографические, ультразвуковые (в том числе доплерометрические) методы, компьютерная и магнитно-резонансная томография – по показаниям. Оценивался характер функционирования вегетативной нервной системы. Все больные консультированы смежными специалистами для выявления характера экстрагенитальной патологии (ЭП).

Результаты и их обсуждение

Анализ данных профилактических осмотров 12641 учащихся за последние 3 года показал, что в структуре гинекологической патологии у девочек-подростков с наибольшей частотой (41 % от общего количества гинекологических заболеваний), встречались нарушения менструальной функции, самым распространенным из которых установлена ДМ (28,4 %).

Для усовершенствования процесса обследования пациенток разработан диагностический алгоритм обследования гинекологических больных подросткового возраста, состоящий из 3 этапов, которые являются последовательными и соблюдают принципы преемственности с учетом характера гинекологических нарушений на каждом этапе [4].

I-й этап – скрининговый; II-й этап - углубленный амбулаторный; III-й этап – стационарный. Применение такого системного подхода к диагностике позволило на I этапе установить, что в ургентной помощи нуждались больные с тяжелыми и средне-тяжелыми формами первичной ДМ, которые уже с профилактического осмотра были направлены в стационар для оказания специализированной медицинской помощи. На II и III этапах диагностического алгоритма анализ клиничко-анамнестических данных показал, что у 75 % обследованных с ДМ выяв-

лена ЭП, у 50 % из них - 2 и более заболеваний. Установлена зависимость между характером ЭП и тяжестью клинических проявлений ДМ. Болевой синдром легкой степени (67,2 %) чаще встречался у девушек с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, с миопией. Дисменорея средней степени тяжести (25,9 %) чаще была у пациенток с патологией гепатобилиарной, мочевыводящей систем, щитовидной железы. Тяжелая форма ДМ (6,8 %) – с обменно-эндокринными и нейро-вегетативными проявлениями, выявлялась у больных с сердечно-сосудистой и неврологической патологией, часто в сочетании с миопией. Дисменорея у больных с ЭП проявлялась на неблагоприятном наследственном и преморбидном фоне: каждая четвертая пациентка родилась в состоянии асфиксии, каждая шестая – со снижением или превышением массы тела, 45 % матерей имели нарушения менструальной и репродуктивной функции, акушерские осложнения, бесплодие в семьях. У 71,6 % матерей обследованных подростков на протяжении жизни наблюдались болезненные менструации – у большинства из них – до родов. У 34 % родителей отмечены профессиональные вредности и у половины – соматические болезни. Неблагоприятный преморбидный фон наблюдался у 72 % пациенток. Характерными клиническими проявлениями ДМ отмечены: боль внизу живота в первые 1-3 дня значительной интенсивности, с иррадиацией в ногу (чаще правую), поясничную область, недомогание, утрата трудоспособности. У 56 % обследованных боли внизу живота сопровождались вазовегетативными и психоэмоциональными проявлениями разной интенсивности (головная боль, головокружение, диарея, тошнота, рвота, озноб и др.).

Средний возраст менархе составил 11 лет 8 мес. ± 9 мес., у большинства обследованных регулярный цикл был сохранен, однако, 20 % девушек отмечали сочетание болевого синдрома с периодическими небольшими задержками менструаций (от 5-10 дней до месяца). У 84 % пациенток длительность менструаций составила 5-7 дней, с умеренной кровопотерей, у 16 % больных – с усилением менструального кровотечения на второй день.

Физическое и половое развитие у больных с ДМ, как правило, соответствовало возрасту и чаще всего было гармоничным, дефицит и избыточная масса тела отмечались у 10 % девушек. Структура морфотипов, костный возраст и балл полового развития ($10,2 \pm 1,7$), достоверно не выходили за рамки популяционных параметров.

При объективном обследовании у 15 % девочек-подростков выявлена патология молочной железы (нерезко выраженная фиброзная и фиброзно-кистозная мастопатия). Исследование гинекологического статуса показало, что при ре-

гулярном менструальном цикле размеры матки отвечали возрастным параметрам. Данные эхо-сонографии матки подтверждали объективное исследование. Яичники, как правило, не были увеличены, у трети больных имели гетерогенную, мультифолликулярную структуру.

Ультразвуковое исследование дополнялось цветным доплеровским картированием.

Учитывая, что в основе первичной ДМ нередко лежат механизмы локальной гиперпродукции эйкозаноидов, мы проводили углубленную диагностику ДМ с использованием стандартной пробы в нашей модификации [8, 4], для подтверждения или исключения первичной ДМ.

Исходя из теории возникновения ДМ как стойкого болевого синдрома, в основе которого часто лежит нарушение синтеза и обмена арахидоновой кислоты и ее биологически активных продуктов метаболизма (простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов и пр.), многие исследователи считают достаточным при лечении применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в ряде случаев - в комплексе с антиоксидантами [5, 6, 7].

Результаты исследований показывают, что НПВП избирательного действия могут применяться как базисная терапия ДМ, способствующая снижению ферментативной активности циклооксигеназы, тем самым уменьшению уровня эйкозаноидов и ослаблению нежелательных множественных эффектов их гиперпродукции. НПВП целесообразно применять на этапе первоначального обследования в целях дифференцированной оценки основной причины ДМ [8]. Вместе с тем, в более ранних наших работах получена более высокая эффективность прогестагенов и КОК для лечения ДМ [9].

При оценке эффективности лечения гормональными препаратами чаще учитывается выраженность болевых ощущений и реже - нейровегетативные и эмоциональные проявления ДМ, которые, как известно, существенно усугубляют течение заболевания и особенно часто наблюдаются в пубертатном периоде. Подростковый возраст, во время которого происходит становление и формирование женского организма, является сложным этапом становления репродуктивной системы и поэтому требует очень осторожного и щадящего корригирующего подхода к выбору методологии лечения и профилактики рецидивов возникших НМФ. Применение лекарственных средств для лечения больных с гинекологическими заболеваниями без учета особенностей подросткового возраста, грубое манипулирование назначением часто не обоснованного гормонального лечения в традиционных для взрослых женщин дозировках, может иметь серьезные осложнения и побочные реакции для девочек-подростков. К сожалению,

имеющиеся на сегодня гормональные препараты женских половых гормонов имеют определенный диапазон побочных эффектов и их использование у молодых пациенток должно назначаться по строгим показаниям. Кроме того, как показало настоящее исследование, большинство обследованных больных с ДМ имеют соматическую патологию, при которой назначение НПВП и гормональных препаратов ограничено, либо противопоказано. В то же время, при лечении больных с функциональными нарушениями менструального цикла, включая предменструальный синдром, хорошо зарекомендовали себя средства гомеопатии, препараты природного происхождения, активные компоненты которых получены из растительного сырья. Такие средства обладают хорошей переносимостью и высокой безопасностью, практически не имеют противопоказаний к применению, действуют мягко и регулируют на репродуктивную систему развивающегося организма. Поэтому, мы расширили лечебное воздействие при ДМ у подростков за счет более физиологичных негормональных методов: комплексной гомеотерапии (применение дисменорма), физиотерапии (использование микроволновой резонансной терапии – МРТ), локальной противовоспалительной терапии (назначение дистриптазы).

Преимуществом комплексной гомеотерапии является доказанная эффективность в рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях по стандарту GCP, включающая высокий профиль безопасности – практическое отсутствие побочных эффектов, возможность использования и для профилактики (что послужило для нас основанием включения дисменорма в схемы реабилитации), возможность использования в комплексной терапии с любыми другими лекарственными средствами и методами лечения (что легло в основу лечебных схем ДМ, сочетающих применение дисменорма с МРТ и дистриптазой).

Содержащиеся в дисменорме прутняк (*Agnus castus*, авраамово дерево), пульсатилла (*Pulsatilla*, прострел луговой), розмарин (*Rosmarinus officinalis*), апис (*Apis mellifica*), являются компонентами природного происхождения, обладают взаимодополняющим действием и их комплексное сочетание в одном препарате предназначается для лечения больных с различными НМФ, которые носят функциональный характер. Наш предыдущий положительный опыт эффективного использования дисменорма для лечения НМФ у подростков [10], явился базой для его применения в комплексном лечении ДМ и реабилитации этих пациенток. При этом учитывались его основные фармакологические свойства: нормализация гормональной регуляции менструальной функции (пролактинингибиру-

ющее действие), спазмолитические, болеутоляющие, противоотечные, противовоспалительные (за счет улучшения местного кровотока), антидепрессивные, седативные и тонизирующие.

Пролечено 88 больных 14-18 лет с ДМ. По характеру назначаемого лечения больные были распределены на 3 группы. Больным I группы (30) проводилась МРТ в сочетании с назначением дисменорма, II группа (30) лечилась комплексом, включающим применение дистрептазы в сочетании с дисменормом, III группа (28) получала традиционную терапию - анальгетики и спазмолитики.

Больные I-й группы получали МРТ по разработанной нами ранее методике - 10 дней [11]. Дисменорм назначался одновременно, применялся по 2 таблетки 2 раза в день - в течение месяца, далее по 1 таблетке 3 раза в день в первую половину цикла и по 2 таблетки 3 раза в день - во вторую фазу менструального цикла - 2 месяца (всего не меньше 3 месяцев), исходя из того, что в одной таблетке содержится *Agnus castus* 125 мг (сухой остаток 1,0 мг), *Pulsatilla* Д3 25 мг, *Posmarinus officinalis* Д2 25 мг, *Apis mellifica* Д3 25 мг.

Пациенткам II-й группы лечение дисменормом назначалось дифференцированно, в зависимости от дня менструального цикла на момент обследования: по 1 таблетке 3 раза в день с 5-го дня - в первую фазу цикла, по 2 таблетки 3 раза в день - во вторую фазу цикла сублингвально за полчаса до еды или через полчаса после еды - 1-3 месяца. Основанием для применения в комплексе негормонального лечения подростков с ДМ препарата Дистрептаза, явилось следующее.

По данным различных авторов, от 10 до 30% пациенток с ДМ резистентны к НПВС. Концентрации ПГФ2а и ПГЕ2 в менструальной крови у этих пациенток практически не отличается от таковых в группе контроля.

Возможно, источник ДМ в данном случае связан с липооксигеназным путем метаболизма арахидоновой кислоты, завершающегося образованием лейкотриенов. Эти медиаторы воспаления, помимо провоспалительных свойств обладают системным вазоконстрикторным действием, а также являются мощными стимуляторами сократительной способности гладкой мускулатуры дыхательных путей и миометрия. Дистрептаза, как препарат локального противовоспалительного действия, улучшает кровообращение и микроциркуляцию в малом тазу, способствует уменьшению и быстрому исчезновению отека и инфильтрации тканей, обладает быстрым обезболивающим эффектом, поскольку применяется в виде ректальных свечей и при этом оказывает минимальное системное действие на весь организм.

Дистрептаза назначалась на фоне примене-

ния дисменорма за 2-3 дня до менструации и в первый день болезненной менструации (для купирования болевого приступа) по 1-2 свече - 1-2 раза в день.

III группа больных получала традиционную терапию анальгетиками и спазмолитиками в обычных дозировках.

Разработанные схемы негормональной терапии применялись в комплексе этапной реабилитации девочек-подростков. Критериями клинической эффективности служили: уменьшение или исчезновение болевого синдрома, проявлений вазо-вегетативных нарушений, нормализация менструальной функции, улучшение общесоматического состояния здоровья и качества жизни пациенток.

Эффективность лечения в I-й группе составила 83,3 % (применение МРТ без дисменорма - 75 % [10]. Эффективность лечения во II-й группе также оказалась высокой - 76,6 %, в III-й группе больных эффективность лечения была значительно ниже, чем в первых двух группах и составила всего 53,6 %. Уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома у больных первых двух групп сопровождалось улучшением общего состояния больных, нормализацией гемодинамики, исчезновением или значительным уменьшением вазо-вегетативных нарушений. Положительный эффект лечения и быстрота его наступления (относительно купирования болевого приступа) чаще отмечался у пациенток с легкими и средне-тяжелыми формами ДМ. У большинства этих девочек менструации оставались безболезненными на протяжении еще 2-3 циклов на фоне продолжения разработанного лечения.

Выводы

Таким образом, применение разработанных схем комбинированного комплексного лечения с использованием препаратов дисменорма и дистрептаза является эффективным негормональным способом лечения синдрома дисменореи в подростковом возрасте без побочных реакций и осложнений. Использование дисменорма в комплексе лечения с физиотерапевтическим методом МРТ повышает его эффективность и способствует снижению рецидивирования болевого синдрома в процессе этапной реабилитации. У девушек с экстрагенитальной патологией параллельно с положительным гинекологическим эффектом относительно менструальной функции, улучшается общее состояние организма, исчезают вазо-вегетативные проявления. Назначение указанных схем на протяжении 3-х менструальных циклов в процессе этапной реабилитации дает положительный клинический эффект от 76,6 до 83,3 %, не сопровождается побочными реакциями и осложнениями, способствует увеличению продолжительности ле-

чебного клинического эффекта.

Литература

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М.: Мед. информ. агентство, 2000. 330 с.
2. Вовк І.Б., Гойда Н.Г., Іркіна Т.К. Охрана репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків – основні завдання служби дитячої та підліткової гінекології // Буковин.мед. вісник. 2000. № 2–3. С. 13.
3. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. СПб.: Фолиант, 2000. 574 с.
4. Тучкина И.А. Этапная реабилитация подростков с гинекологическими заболеваниями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією. / Автореф. дис....д. мед. наук 14.01.01 Акушерство та гінекологія. 2007. Харків, ХНМУ.
5. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Дисменорея // Акушер. та гінекол. 2000. № 6. С. 51-56.
6. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. 784 с.
7. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М.:МИА.,

2000. 591 с.

8. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития // Под ред. В.И.Кулакова, Е.В.Уваровой. Х.: Триада, 2004. 136 с.
9. Тучкина И.А. Диагностика и гормональная коррекция нарушенной менструальной функции у подростков в процессе поэтапной реабилитации // Репродуктивное здоровье женщины. 2002. № 2 (11). С.77 – 79.
10. Парашук Ю.С., Тучкина И.А. Негормональное лечение девочек-подростков с патологией пубертатного периода в комплексе этапной реабилитации // Экспериментальная і клінічна медицина. 2005. №2. С.144-147.
11. Тучкина И.А. Клиническая эффективность микроволновой резонансной терапии у девочек-подростков с синдромом альгодисменореи на фоне экстрагенитальной патологии // Вестник физиотерапии и курортологии. 2003. – № 3. С.55 – 57.

Поступила в редколлегию 24.12.2009

Частота, клинические особенности, лечение дисменореи у девочек-подростков в зависимости от характера экстрагенитального фона / И.А. Тучкина, М.А. Лесовая, Л.А. Добровольская // Медицина и... – 2009. – № 4 (26). – С. 102-106

В работе проведено изучение частоты, клинических особенностей дисменореи у девочек-подростков и эффективности их лечения на фоне экстрагенитальной патологии. Частота дисменореи составила 28,4 % от всех гинекологических нарушений (41 %). Пролечено 88 девушек 14-18 лет с дисменореей. Разработаны схемы негормонального лечения с применением микроволновой резонансной терапии, препаратов дисменорм и дистрептаза. Эффективность дифференцированного лечения составила 76,6-83,3 %. Лечение не сопровождалось побочными реакциями и осложнениями, а позитивный клинический эффект сохранялся на протяжении 2-3 месяцев.

Ключевые слова: дисменорея, девочки-подростки, негормональное лечение

Частота, клінічні особливості, лікування дисменореї у дівчат-підлітків в залежності від характеру екстрагенітального фону / І.О. Тучкіна, М.А. Лісова, Л.А. Добровольська // Медицина і... – 2009. – № 4 (26). – С. 102-106

В роботі проведено вивчення частоти, клінічних особливостей та ефективності лікування у дівчат-підлітків з дисменореєю на фоні екстрагенітальної патології. Частота дисменореї склала 28,4 % від усіх гінекологічних порушень (41 %). Проліковано 88 дівчат 14-18 років з дисменореєю. Розроблені схеми негормонального лікування із застосуванням мікрохвильової резонансної терапії, препаратів дисменорм та дистрептаза. Ефективність диференційованого лікування склала 76,6-83,3 %. Лікування не супроводжувалось побічними реакціями та ускладненнями, а позитивний клінічний ефект зберігався на протязі 2-3 місяців.

Ключові слова: дисменорея, дівчата-підлітки, негормональне лікування.

Frequency, clinical peculiarity, TREATMENT of dysmenorrhea of female adolescents with extragenital pathology / I.A. Tuchkina, M.A. Lisova, L.A. Dobrovolskaya // Medicine and... – 2009. – № 4 (26). – P. 102-106

Frequency of dysmenorrhea of female adolescents 28,4 % of all gynecological disorders (41 %) were determined. 88 girls aged 14-18 years were treated by complex non-hormonal therapy, such as - microwave resonance therapy, dismenorm and distreptasa.

Effectiveness of complex non-hormonal therapy for gynecological patients was 76,6-83,3 %. No side effects and complications were observed. For most of patients the positive effect of treatment remained valid during 2-3 months.

Keywords: dysmenorrhea, female adolescents, non-hormonal therapy.