



ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.175-009.7-08

АЛЬГОДИСМНОРЕЯ – ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

М.В. Майоров

Женская консультация медсанчасти №2
Харьковского завода тракторных двигателей

Альгодисменорея – симптомокомплекс, состоящий из нейровегетативных расстройств и болевых ощущений в период менструации. Если имеется только болевой синдром, то говорят об альгоменорее или меналгии. Бытовавший ранее термин “дисменорея” не отражает сущности наблюдаемых явлений, характеризующихся в основном болью.

Необходимо отметить, что альгодисменорея весьма часто встречается в практике акушера-гинеколога. По данным В.И. Бодяжиной и соавт. (1990), болезненные менструации наблюдаются у 31-52 % женщин в возрасте 14-44 лет, причем примерно у 10 % из них боли настолько интенсивны, что женщины теряют трудоспособность. Данные исследователей из Австралии, Швеции и др. говорят о еще большей распространенности этого страдания, рассматриваемого по этой причине не только в качестве медицинской, но и социальной проблемы.

Традиционно альгодисменорею подразделяют на первичную (эссенциальную), не связанную с анатомическими изменениями гениталий, и вторичную, обусловленную патологическими процессами органов малого таза. Первичная альгодисменорея наблюдается чаще у девушек и нерожавших женщин и характеризуется чаще всего острыми судорожными болями, напоминающими родовые схватки. Болевой синдром возникает, как правило, с первой менструацией или спустя какой-то промежуток времени. Указанные симптомы встречаются при наличии астеноневротического синдрома в сочетании с гипоплазией внутренних гениталий. Однако нередки случаи выраженной альгодисменореи у физически хорошо развитых пациенток, без видимых признаков гипоплазии гениталий и неустойчивости ЦНС.

Довольно долго считалось, что связанные с менструацией боли имеют психогенную природу, некоторые авторы наблюдали нейроэндокринные изменения, нарушения минерального и углеводного обмена, кортикостероидов, изменения биоэлектрической активности головного мозга и т.д.

В настоящее время общепризнано, что развитие альгодисменореи ассоциировано с чрезмерным синтезом простагландинов (ПГ). Доказательствами патогенетической роли ПГ при альгодисменорее являются следующие аргументы: применение нестероидных противовоспалительных препаратов, подавляющих синтез ПГ, уменьшает или ликвидирует симптомы заболевания; в эксперименте выявлено, что ПГ увеличивает сократимость миометрия, вазоконстрикцию артериол и, как следствие этого, ишемию эндометрия, что вызывает боли. ПГ воздействуют также на чувствительные нервные волокна матки и повышают чувствительность, вызванную увеличением давления в полости матки при чрезмерной сократимости миометрия. Следовательно, механизм боли при первичной альгодисменорее практически тот же, что и при ишемии миокарда, – спазм артерий и обескровливание мышечной ткани.

Гиперпростагландинемия имеет не только локальный характер. Спастическая головная боль, тошнота, рвота, парестезии, диарея, потливость, озноб, тахикардия, наблюдаемые при синдроме альгодисменореи, наглядно это подтверждают.

Вторичная альгодисменорея является симптоматической. Поэтому весьма важна диагностика заболеваний, вызвавших появление данного синдрома. К числу этих заболеваний относятся воспалительные процессы внутренних гениталий, наличие спаек, процессы в малом тазе, миома матки, остроугольная антефлексия матки, сужение внутреннего зева шейки матки после выскабливания. В некоторых случаях функциональный слой эндометрия при менструации отделяется в виде сплошной перепонки, “слепка матки” (так называемая мембракозная или перепончатая дисменорея – по терминологии старых авторов), не подвергаясь ферментативному расплавлению, как это бывает при нормальной менструации. Выделение из матки нерасплавленного “слепка” эндометрия сопровождается сильными схваткообразными болями.

Синдром альгодисменореи – один из веду-

ших в клинической картине эндометриоза, при котором в мышечном слое матки (адекомиоз) или в других органах половой системы и вне ее (экстрагенитальный эндометриоз) определяются включения, по строению и функции аналогичные эндометрию. Характерными для эндометриоза (в отличие от первичной альгодисменореи) являются длительные (в течение 2-4 дней) менструальные боли, практически постоянная их иррадиация в область крестца и прямой кишки, небольшой подъем температуры и ускорение СОЭ во время менструации. Весьма характерным для эндометриоза является значительное увеличение размеров матки и придатков перед менструацией и, особенно во время неё, и уменьшение после.

Следует упомянуть об альгодисменорее у женщин, применяющих ВМС. Отмечено, что у них контрацепция ПГ в эндометрии значительно повышена.

К числу более редких причин альгодисменореи следует отнести разрывы заднего листка широкой связки матки (синдром Аллена-Мастерса), наблюдаемые после травматических родов: при крупном плоде, наложении акушерских щипцов, стремительных родах и т.д. Варикозное расширение тазовых вен в основании широкой связки, в собственной связке яичника, а также пороки развития с односторонним нарушением оттока менструальной крови (добавочный замкнутый рог матки, добавочное замкнутое влагалище и т.п.) также нередко вызывают синдром альгодисменореи. Характерным симптомом альгодисменореи при пороках развития является нарастание болезненности менструаций с момента их появления и молодой возраст больных.

Исходя из изложенного выше, следует проводить весьма тщательную дифференциальную диагностику первичной и вторичной форм альгодисменореи. Полезны диагностические критерии первичной альгодисменореи, проводимые Б.И.Бодякиной и соавт. (1990):

1) молодой возраст больных (16-25 лет), появление альгодисменореи через 1,5-2 года после менархе — весьма часто с первой в жизни менструации;

2) наличие сопутствующих вегетососудистых симптомов, сопровождающих альгодисменорею: тошнота, рвота, поносы, потливость, головная боль, обмороки;

3) отсутствие анатомических изменений при гинекологическом исследовании;

4) характерные конструкционные особенности: астеническое телосложение, тенденция к снижению массы тела.

Необходимо решительно отвергнуть распространенное среди многих врачей мнение о необходимости лечения альгодисменореи (“так

у всех женщин”, “после замужества и родов все пройдет” и т.д.). Подобные “утешения” недопустимы, так как после замужества и родов альгодисменорея “проходит” далеко не всегда, а нередко усиливается. Своевременное, правильно подобранное и регулярно проводимое лечение позволяет в большинстве случаев добиться значительного терапевтического эффекта, а нередко и полностью устранить болезненные симптомы.

Основным методом лечения является применение ингибиторов синтеза простагландинов, называемых еще нестероидными противовоспалительными средствами. К их числу относятся: ацетилсалициловая кислота (аспирин) в дозе 0,25-0,75 3-4 раза в день после еды, парацетамол и его аналоги — по 0,5 (до 1,0) 2-4 раза в день, ибупрофен (бруфен) — по 0,2-0,4 — 3-4 раза в день после еды, напросин (напроксен) — по 0,2-0,4 — 3-4 раза в день после еды, вольтарен (ортофен) — по 0,025-0,05 — 2-3 раза в день после еды, индометацин (метиндол) — по 0,025 — 2-3 раза в день обязательно после еды или ректально в виде свечей, а также такие препараты как кетазон, сургам, пироксикам, мекфенаминовая кислота, реопирин, пирабутол, бутадиион и др. в соответствующих дозах.

Основным принципом лечения ингибиторами простагландинсинтазы является *заблаговременный* (предупредительный) прием лекарственных препаратов за 2-4 дня до начала менструации (появления болей) и в течение последующих 2-4 дней. В этом случае менструальные боли если и появляются, то на фоне проводимого лечения выражены гораздо слабее и легче переносятся больными. Весьма полезным является применение комбинированных препаратов типа баралгина (спазган, максиган, миналган, триган, спазмалгон), содержащих в своем составе кроме анальгина в достаточно высокой дозе (0,5 в таблетке, 2,5 г в ампуле 5 мл) два эффективных спазмолитика. Эти препараты назначаются по 1-2 таблетки 2-3 раза в день (независимо от приема пищи) по приведенной выше схеме заблаговременно, а при недостаточном эффекте или при сильных менструальных болях (“менструальная колика”) могут быть введены внутримышечно или внутривенно в дозе 2-5 мл, медленно в течение 3-5 минут, иногда в смеси с антигистаминными (димедрол 1 % — 1-2 мл) и седативными (реланиум, сибазон 0,5 % — 2 мл) препаратами. Обычно лечение проводят в течение 3-4 менструальных циклов. При неэффективности вышеуказанной терапии или недостаточном эффекте для лечения первичной, а также вторичной (при отсутствии противопоказаний) альгодисменореи применяются комбинированные синтетические прогестины по контрацептивной схеме — в тече-

ние 21 дня, начиная с 5-го дня менструального цикла. Установлено, что наиболее эффективны препараты с большим содержанием гестагенов: прогестерон внутримышечно по 20-25 мг 4-6 раз ежедневно или через день накануне менструации, норколут (туринал, ацетомепрегенол) — по 5-10 мг в сутки — с 16-го по 25-й день менструального цикла, прегнин — по 10-20 мг 3 раза в день сублингвально по той же схеме. Е.М.Говорухиной предложен способ лечения десенсибилизацией гормонами, который заключается во внутрикожном введении за 8-10 дней до менструации 0,1 мл эстрадиола дипропионата 0,1 % и такой же дозы масляного раствора прогестерона 1 % в область внутренней поверхности предплечья на расстоянии 3 см от первой инъекции. Всего проводится 3 таких курса ежемесячно. По данным И.Л. Лузиной и Л.П.Бакулевой, хороший терапевтический эффект у женщин, страдающих первичной альгодисменореей, дает применение токоферола ацетата - витамина Е в дозе 300 мг в день в первые три дня болезненных менструаций.

При недостаточной эффективности ингибиторов простагландин-синтазы целесообразно их комбинировать со спазмолитиками типа но-шпа, галидора, платифилина, папаверина и др. Достаточно эффективно сублингвальное применение, при болезненных менструациях, антагонистов кальция коринфага и кордафена - по 10-30 мг (синонимы: нифедипин, фенигидин, адалат), рекомендуемое итальянскими и французскими авторами. В некоторых случаях весьма полезно применение внутрь по 10-20 капель 0,1 % раствора гидротурата эрготамина или дигидроэрготамина (дигидроэрготоксина).

Широкое применение находит аппаратная физиотерапия, проводимая во вторую фазу менструального цикла или накануне менструации: электрофорез растворов новокаина, тримекаина, сульфата магния, антипирина, бромида натрия на низ живота и область солнечного сплетения; гальванический воротник по А.В.Щербаку с кальцием, бромом, никотиновой кислотой; ультразвук на низ живота в импульсном режиме; импульсные токи низкой частоты (ДДТ, СМТ); коротковолновая диатермия; центральная электроаналгезия и т.д.

В последнее время с успехом используют также и рефлексотерапию. Не следует забывать о старых народных фитотерапевтических средствах (различные сборы лекарственных трав), а также уделять достаточно большое внимание нормализации эмоциональной сферы (седативные препараты), устранению психотравмирующих ситуаций, рациональной психотерапии (беседы об излечимости болей, их безопасности вследствие отсутствия серьезных заболеваний, о соблюдении оптимальных условий жиз-

ни, труда, питания, отдыха и т.д.).

В практике нередко встречаются ситуации, когда “под маской” альгодисменореи протекают различные острые хирургические и гинекологические заболевания, требующие срочной госпитализации, а нередко и оперативного лечения (острый аппендицит, перекрут кисты яичника, апоплексия яичника, острая кишечная непроходимость, острые воспалительные заболевания органов малого таза, сопровождающиеся развитием тубо-овариального абсцесса с его возможным прорывом в брюшную полость и развитием перитонита и т.д.). Альгодисменорея значительно затрудняет диагностику возникших на ее фоне других заболеваний, но все же при внимательном собранном анамнезе и тщательном объективном исследовании (с непременным вагинальным и ректальным осмотром) удастся выяснить, что характер, локализация и иррадиация болей в данном случае несколько иные, чем обычно во время менструации. Особое внимание следует обратить на перитониеальные явления, тахикардию, сухость языка, гипертермию и другие симптомы, указывающие на развитие клиники “острого живота”.

Практически во всех случаях альгодисменореи следует решительно предостеречь от применения наркотических анальгетиков.

Литература

1. Бодяжина В.И. и др. Неоперативная гинекология // М.: Медицина, 1990. - С. 211-219.
2. Васильченко Л.Н. Гинекология // М.: Медицина, 1985. - С. 149-152.
3. Кобозева Н.Н. и др. Гинекология детей и подростков // М.: Медицина, 1988. - 253 с.
4. Майоров М.В. Неотложная диагностика острых гинекологических заболеваний // Фельдшер и акушерка. - 1974. - №9. - С. 29-38.
5. Майоров М.В. Диагностика и лечение альгодисменореи // Фельдшер и акушерка. - 1974. - №9. - С.29-33.
6. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях // Минск: Высшая школа, 1994. - С. 7-11.
7. Akerlund M. Pathophysiology of dysmenorrhoe // J.Reprod. Med. (Suppl.). - 1979. - №87. - P.27-32.
8. Lundstrom V., Green K. Endogenous levels of prostaglandin F_{2d} and its main metabolites in plasma and endometriosis of normal and dysmenorrhoeic women // Amer. J. Obst. Gynecol. - 1978. - Vol. 130. - P. 640-646.
9. Mohr A., Haenel A. Secundare dysmenorrhoe // Therapie Umschau. - 1983. - Bd. 40. - №7. - S. 634-641.
10. Rygdeman M. et al. Effect of the prostaglandins on the uterine // Acta Obstet. Gynecol. Scand. (Suppl.). - 1979. - Vol. 87. - P. 33-38.
11. Salomon-Bernard S. Dance vacans sur la dysmenorrhoe primaria, sa physiologie, treatment // Paris: Sem Hop. - 1984. - Vol.60. - №26. - P. 1831-1846.
12. Sobezik R. Dysmenorrhoea. The neglected syndrome // J. Reprod. Med. (Suppl.). -1980. - №25. - P. 198-201.