

## ДИСМНОРЕЯ: ОСОБЛИВОСТІ ЕтіОПАТОГЕНЕЗУ ТА ЛІКУВАННЯ

Проф. Н. В. АВРАМЕНКО<sup>1,2</sup>, канд. мед. наук І. Б. ГРІДІНА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup> КНП «Обласний медичний центр репродукції людини» ЗОР, Запоріжжя, Україна

**Проведено огляд літератури, присвяченої проблемі дисменореї та її впливу на здоров'я та повсякденну діяльність жінок. Розглянуто етіопатогенез, форми дисменореї, її ускладнення і прогноз перебігу. Серед методів лікування особливу увагу приділено нестероїдним протизапальним препаратам, гормональним контрацептивам, а також здоровому харчуванню.**

*Ключові слова:* дисменорея, нестероїдні протизапальні засоби, оральні гормональні контрацептиви.

Біль, який є важливим відчуттям для людини, має складну багатокомпонентну структуру, що включає обмінні, структурні, фізіологічні та психофізіологічні процеси [1, 2]. Ставлення до болю не може бути однозначним. Гострий біль є сигналом небезпеки, він нетривалий і добре піддається лікуванню. Цей біль виконує захисну функцію і точно вказує хворому та лікарю на патологічно змінений орган та мобілізує захисні сили організму на швидке одужання [3, 4].

Хронічний біль має тривалий, постійний характер, сприймається дуже тяжко, спричиняє психічні та емоційні розлади. Зокрема, у жінок він може бути симптомом захворювання та мати циклічний характер залежно від фази менструального циклу [5, 6].

У клінічному перебігу понад 100 різноманітних захворювань у жінок є хронічний тазовий біль: болісні менструації, патологія внутрішніх статевих органів, ендометріоз, передменструальний синдром, атрезія каналу шийки матки, варикозне розширення вен малого тазу тощо [7, 8]. Деякі психічні захворювання також можуть сприяти розвитку хронічного тазового болю [6].

Епідеміологічні дослідження, проведені у 2017 р. в низці країн, показали, що больові відчуття під час менструації мають 94 % дівчат-підлітків і молодих жінок. Більшість із них не зверталися до лікаря, що є хибним, оскільки існує ризик розвитку депресії, порушення сну, негативного впливу на якість життя. Нині вчені рекомендують не чекати, доки пацієнтка розповість про свій менструальний біль, а самим ставити ці запитання під час консультації [3, 4].

Одним із проявів тазового болю є дисменорея — циклічний патологічний процес, який характеризується появою больового синдрому напередодні або в перші дні менструації.

Це одна із найпоширеніших гінекологічних патологій, що може суттєво знижувати якість життя жінок репродуктивного віку [7].

Дисменорея щоденно негативно впливає на якість життя жінок, стає причиною пропусків навчальних занять та роботи. Через цю патологію обмежується жіноча участь у спортивних змаганнях або соціальних подіях [8, 9].

Дисменорея не лише стосується самих жінок, вона є державним питанням, яке має велике економічне значення. Тільки у США щороку близько 140 млн годин робочого часу було змарновано через проблеми жіночого населення, пов'язані з дисменореєю та її ускладненнями [10–12].

Близько 99,0 % жінок мають епізодичні прояви дисменореї, тоді як у 15,0 % із них вона характеризується тяжким перебігом і може обмежувати повсякденну діяльність [6, 9, 13].

Частота дисменореї у підлітків у структурі гінекологічної захворюваності становить від 7,9 до 22,0 %. Цей показник підвищується з гінекологічним віком і досягає піку на п'ятому році менархе, зазвичай зберігається у віці 20–24 років, а потім поступово знижується [4, 14].

Біль при дисменореї зазвичай має спастичний характер, локалізується в нижній частині живота й може іррадіювати в ділянку спини, внутрішню частину стегон, пряму кишку тощо [2, 7, 14].

До факторів, що прямо корелюють із розвитком дисменореї, відносять куріння, ранню менархе та обтяжений сімейним анамнезом. За результатами досліджень було зроблено висновок, що серед соціальних факторів, які можуть призвести до розвитку дисменореї, може бути недостатня фізична активність [3].

Дисменорея класифікується за такими факторами:

— первинна (дисменорея I, спазматична, функціональна), не пов'язана з будь-якими анатомічними змінами внутрішніх статевих органів. Цей вид дисменореї поділяється на три різновиди: синціальну, психогенну та спазматичну.

Діагностика первинної дисменореї ґрунтується на ретельному аналізі анамнестичних даних (зазвичай вона маніфестує через 6–12 міс після менархе, супроводжує менструацію або виникає за кілька годин напередодні; тривалість больового синдрому становить від 8 до 72 год) та виключенні органічних уражень органів малого тазу під час гінекологічного обстеження, проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) [6, 7, 9];

— вторинна (дисменорея II, органічна) зумовлена патологічними процесами в органах малого тазу

та є симптомом певного захворювання (лейоміома матки, пухлини яєчників, запальні процеси органів малого таза, аномалії розвитку статевих органів, злуковий процес малого таза, ендометріоз (аденоміоз)). Вторинна аменорея може виникати через багато років після менархе й характеризується больовим синдромом усього періоду фази менструації. У деяких випадках біль виникає в лютеїновій фазі менструального циклу й посилюється з настанням менструації. Найбільша поширеність вторинної дисменореї спостерігається серед жінок віком 30–40 років [2, 7, 15].

Розвиток больового синдрому при вторинній дисменореї зумовлений гінекологічною патологією, хоча певною мірою він також спричинений продукцією простагландинів (ПГ). При підозрі на вторинну дисменорею необхідне проведення додаткових методів обстеження: загального аналізу крові, бактеріологічних досліджень, інфекцій, що передаються статевим шляхом, ПАП-тесту та трансвагінального УЗД. При дуже вираженому больовому синдромі може бути доцільним проведення лапароскопії [2, 6, 7].

Симптоми, що супроводжують болісні менструації, підрозділяють на чотири групи:

1) емоційно-психічні (мотиваційні): дратівливість, анорексія, депресія, сонливість, безсоння, булемія, непереносимість запахів, спотворення смаку, зниження або підвищення лібідо;

2) вегетативні розлади: нудота (90%), діарея (60%), гикавка, озноб, відчуття жару, пітливість, гіпертермія, сухість у ротовій порожнині, часте сечовипускання, тенезми;

3) вегетативно-судинні: запаморочення (85%), головний біль, напади мігрені (45%), тахі- або брадикардія, екстрасистолія, похолодання та відчуття оніміння рук і ніг, набряки повік і обличчя;

4) обмінно-ендокринні: блювання, різка слабкість, свербіж шкіри, біль у суглобах, набряки, поліурія [2, 7, 15].

За тяжкістю перебігу дисменорея поділяється на три ступені:

I – характеризується помірною болісністю менструації без системних порушень, при яких працездатність жінки не порушується;

II – визначається вираженою болісністю менструації, супроводжується деякими обмінно-ендокринними та нейровегетативними симптомами, порушенням працездатності та необхідністю прийому анальгетиків;

III – виокремлюється сильним болем під час менструації, комплексом обмінно-ендокринних та нейровегетативних симптомів, повною втратою працездатності. При цьому ступені призначення тільки одних анальгетиків є неефективним [8, 11, 13].

Виділяють також компенсовану та декомпенсовану форми дисменореї. При компенсованій формі прояви патологічного процесу у дні менструації не змінюються, при декомпенсованій – інтенсивність болю у пацієнток із кожним роком підвищується [2, 14].

Передумовою появи первинної аменореї є дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи та кірково-підкоркових взаємовідносин, що

супроводжується порушенням синтезу естрогенів, прогестерону, нейротрансміаторів та інших біологічно активних сполук [3, 9, 12].

Відомо, що естрогени стимулюють продукцію ПГ, окситоцину та вазоактивних речовин. При порушенні балансу естрогенів та прогестерону, тобто при відносному зниженні концентрації прогестерону та підвищенні вмісту естрогенів значно стимулюється секреція циклооксигеназ та викид ПГ [2, 4, 11].

Таким чином, патогенез болю при первинній дисменореї зумовлений недостатньою концентрацією прогестерону в лютеїновій фазі менструального циклу, що сприяє гіперпродукції ПГ та можливо-му порушенню їх співвідношення. Це призводить до підвищення скоротливої функції міометрію, виникнення судинного спазму та локальної ішемії. У свою чергу, порушення гемодинаміки судин малого таза спричиняє гіпоксію клітин [7, 11, 15]. Під впливом підвищеної концентрації ПГ та біологічно активних речовин, які внаслідок порушення проникності клітин виходять у позаклітинний простір, відбувається подразнення нервових закінчень, що спричиняє біль. Формування больового синдрому при дисменореї завершується із залученням у процес вегетативної нервової системи [2, 3, 9].

При первинній і вторинній формах дисменореї генез болю та формування больового синдрому мають однаковий патофізіологічний шлях і багато загальних патогенетичних ланок незалежно від наявності органічного субстрату. Найважливішим фактором у лікуванні вторинної дисменореї є усунення її причини, саме тому точна діагностика захворювання важлива для його успішного лікування [6, 11, 13].

Більшість підходів до лікування дисменореї засновано на перериванні каскаду реакцій, що зумовлені викидом ПГ у систему гемоциркуляції.

Перша лінія терапії – нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Якщо їх застосування не забезпечує достатнього покращення стану пацієнтки, у циклічному режимі призначаються гормональні препарати – гестагени або комбіновані оральні контрацептиви (КОК) [7, 8, 9]. За необхідності підвищують дозу НПЗП, замінюють один препарат іншим. Якщо ці групи препаратів упродовж 4–6 міс неефективні, їх відмінюють.

Треба зазначити, що НПЗП протипоказані при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки. Вони мають побічні ефекти: діарею, диспенсію, нудоту та підвищену втому [8, 9, 14].

Ефективність КОК при первинній дисменореї у молодих дівчат становить 90%. КОК пригнічують проліферацію ендометрію й імітують ранню фолікулярну фазу, коли концентрація ПГ мінімальна. В умовах ановуляції знижується секреція естрогенів та прогестерону, а також ПГ, що супроводжується зниженням межі збудження гладком'язових клітин міометрію, зменшується внутрішньоматковий тиск, частота та амплітуда скорочень, тим самим зменшуються прояви дисменореї [2, 3, 10]. У дорослих жінок, особливо при вторинній аменореї, отримані дані щодо ефективності гормональної контрацепції в лікуванні дисменореї недостатні й суперечливі [7, 14, 15].

Збалансоване харчування покращує перебіг дисменореї незалежно від віку жінки. Отже, важливо, щоб жінки усвідомлювали необхідність здорового харчування для запобігання або полегшення симптомів дисменореї [10, 13, 15]. Вітаміни і дієтичні рослинні добавки виявились також досить ефективними у комплексній терапії дисменореї [5, 10, 14].

Підсумовуючи аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури, присвяченої проблемі дисменореї, можна зробити висновки. Дисменорея щоденно впливає на якість життя жінок. Це державне питання, яке має велике економічне значення.

#### Список літератури

1. Применение метеоспазмил в лечении дисменореи с преобладанием симптомокомплекса дисхезии / О. А. Пересада, Н. С. Милюк, С. А. Лучко, Е. Л. Кудина // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2019. № 6. С. 792–799.
2. Пахаренко Л. В. Клінічні та соціальні аспекти розвитку дисменореї // Запорізький медичний журн. 2018. № 5. С. 687–691.
3. Вовк І. Б., Корнацька А. Г., Петербурзька В. Ф. Нормалізація порушень менструальної функції у дівчат-підлітків — запорука збереження репродуктивного здоров'я у жінок // Здоров'я України. 2019. № 2. С. 5–8.
4. Козловська А. Дисменорея: принципи менеджменту згідно з постулатами доказової медицини // Здоров'я України. 2019. № 4. С. 14.
5. Vitax agnus-castus сухой экстракт ВНО 1095 (Cyclodynon) подавляет гиперсокращения и воспаление матки в экспериментальных моделях первичной дисменореи / J. Rohrl, O. Werz, A. Ammendola, G. Kunstle // Здоровье женщины. 2019. № 8. С. 26–35.
6. Вовк І. Б., Петербурзька В. Ф. Дисменорея у підлітків // Здоров'я України. 2020. № 1. С. 3–5.
7. Жук С. І. Жінка та гормональні ритми її здоров'я // Жіночий лікар. 2020. № 1. С. 8–10.
8. Serinken M., Eken C., Karcioglu O. Сравнение применения в/в декскетопрофена и в/в парацетамола у пациенток с дисменореей, поступивших в отделение неотложной помощи: рандомизированное контролируемое исследование // Український журн. хірургії. 2018. № 2. С. 30–35.
9. Geri D. Hewitt, Karen R. Gerancher. Дисменорея та ендометріоз у підлітків // Здоровье женщины. 2019. № 2. С. 122–128.
10. Каминский В. В., Прокопович Е. В. Альтернатива гормональным и нестероидным противовоспалительным средствам в лечении вторичной дисменореи, обусловленной аденомиозом // Здоровье женщины. 2018. № 4. С. 66–70. doi: <https://doi.org/10.15574/hw.2018.130.66>
11. Prevalence, Wellbeing, and Symptoms of Dysmenorrhea among University Nursing Students in Greece / E. Vlachou et al. // Diseases. 2019. Vol. 7 (1).
12. Burnett M., Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2017. Vol. 39 (7). P. 585–595. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.023>
13. French L. Dysmenorrhea // Am. Fam. Physician. 2005. Vol. 15, № 71 (2). P. 285–291.
14. Chauhan M., Kala J. Relation between dysmenorrhea and body mass index in adolescents with rural versus urban variation // J. Obstet. Gynaecol. India. 2012. № 62 (4). P. 442–445. doi: <https://doi.org/10.1007/s13224-012-0171-7>
15. Importance of cervical length in dysmenorrhoea aetiology / A. G. Zebitay et al. // J. Obstet. Gynaecol. 2016. Vol. 36 (4). P. 540–543.

### ДИСМНОРЕЯ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Н. В. АВРАМЕНКО, И. Б. ГРИДИНА

**Проведен обзор литературы, посвященной проблеме дисменореи и ее влиянию на здоровье и повседневную деятельность женщин. Рассмотрены этиопатогенез, формы дисменореи, ее осложнения и прогноз течения. Среди методов лечения особое внимание уделяется нестероидным противовоспалительным препаратам, гормональным контрацептивам, а также здоровому питанию.**

*Ключевые слова: дисменорея, нестероидные противовоспалительные средства, оральные гормональные контрацептивы.*

### DYSMENORRHEA: FEATURES OF ETIOPATHOGENESIS AND TREATMENT

N. V. AVRAMENKO, I. B. GRIDINA

**The published reports on dysmenorrhea and its impact on women's health and daily activities have been reviewed. The etiopathogenesis, forms of dysmenorrhea, its complications and prognosis have been considered. Among the methods of treatment, a special attention is paid to nonsteroidal anti-inflammatory drugs, hormonal contraceptives, as well as a healthy diet.**

*Key words: dysmenorrhea, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, oral hormonal contraceptives.*

Надійшла 27.05.2021