

DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-1-46-52

Дисменорея. Как улучшить качество жизни?

А.А. Олина^{1,2}, Т.А. Метелева³¹ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург, Россия²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия³ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: изучить распространенность дисменореи у студенток высших и средних учебных заведений и обосновать дифференцированный подход к применению гормональной контрацепции.

Материал и методы: за 4 мес. проведено анкетирование 1435 студенток высших и средних учебных заведений г. Перми в возрасте 18–25 лет. Обследованы (с проведением антропометрии, оценки выраженности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), УЗИ органов малого таза) 223 девушки, обратившиеся к врачу в связи с наличием болевого синдрома, связанного с менструальным циклом. Также проведен анализ частоты встречаемости дисменореи за 2010–2019 гг. с применением статистической формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Результаты исследования: согласно данным официальной статистики частота расстройств менструации (в том числе дисменореи) составляет 0,70–2,03%. По данным анкетирования, боль при менструации испытывают 84,1% студенток, из них лишь 18,4% обращаются к врачу-гинекологу. Среди пациенток с болями 63,2% испытывают боли в течение 2–3 дней, 34% — оценивают боль как сильную (7–10 баллов по ВАШ), 29,1% — для купирования боли вынуждены принимать 3 и более таблеток нестероидных противовоспалительных препаратов в сутки. Симптомы эндометриоза выявлены у каждой 10-й пациентки. Индивидуальный подбор гормональной контрацепции позволил через 6 мес. от начала приема препаратов добиться уменьшения выраженности боли (7–10 баллов по ВАШ не было ни у одной пациентки), продолжительности и обильности менструаций.

Заключение: данные официальной статистики не отражают реальной ситуации по распространенности дисменореи. Индивидуальный подбор гормональных контрацептивов обеспечивает высокую комплаентность, необходимую продолжительность терапии, купирование болевого синдрома, нормализацию нейровегетативных, обменно-эндокринных процессов и, как следствие, значимое улучшение качества жизни пациентки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дисменорея, гормональная контрацепция, эндометриоз, хроническая тазовая боль, дроспиренон.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Олина А.А., Метелева Т.А. Дисменорея. Как улучшить качество жизни? РМЖ. Мать и дитя. 2021;4(1):46–52. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-1-46-52.

Dysmenorrhea. How to improve the quality of life?

А.А. Olina^{1,2}, Т.А. Meteleva³¹I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation²D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology, & Reproduction, St. Petersburg, Russian Federation³Academician E.A. Vagner Perm State Medical University, Perm, Russian Federation

ABSTRACT

Aim: to evaluate the rate of dysmenorrhea among secondary and high school students and to validate a differentiated treatment approach to hormonal contraception.

Patients and Methods: 1,435 secondary and high school students of the city of Perm aged 18–25 years were interviewed over a 4-month period. 223 girls who complained of painful periods were examined (anthropometry, pain assessment using a visual analogous scale/VAS, and pelvic ultrasound). In addition, the rate of dysmenorrhea was assessed using the statistical form No. 12 “Data on the number of cases registered in the patients who are resident in the territory serviced by a medical organization”.

Results: according to official statistics, the rate of menstrual disorders (including dysmenorrhea) is 0.70–2.03%. The survey has demonstrated that 84.1% of students experience period pain. However, only 18.4% of them see a gynecologist. 63.2% experience pain for 2–3 days, 34% describe their pain as severe (VAS 7–10), and 29.1% are forced to take three or more NSAID pills daily. The symptoms of endometriosis were revealed in every tenth girl. A personalized choice of hormonal contraception allowed for the reduction in pain severity (none of the girls reported on severe pain, i.e., VAS 7–10), period duration, and heavy periods.

Conclusions: official statistics does not illustrate the actual prevalence of dysmenorrhea. A personalized choice of hormonal contraception provides high compliance rate, the required duration of treatment, pain relief, the improvement of neuro-vegetative and metabolic processes and, as a result, a significant improvement in the quality of life.

KEYWORDS: dysmenorrhea, hormonal contraception, endometriosis, chronic pelvic pain, quality of life, drospirenone.

FOR CITATION: Olina A.A., Meteleva T.A. Dysmenorrhea. How to improve the quality of life? Russian Journal of Woman and Child Health. 2021;4(1):46–52. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-1-46-52.

ВВЕДЕНИЕ

Дисменорея — циклически повторяющийся болевой синдром, сопровождающийся нейровегетативными, обменно-эндокринными, психическими и эмоциональными отклонениями в период менструации. Несмотря на то, что накоплено много данных о патогенезе дисменореи, диагностика данного заболевания чрезвычайно проста и известны эффективные методы терапии, частота встречаемости остается высокой, а процент пациенток, получающих терапию, — крайне низким.

В последнее время в литературе все чаще встречается выражение «качество жизни человека». В широком смысле слова это понятие включает в себя не только физическое и психологическое благополучие, но и экономические, социальные и прочие факторы. Медицинские аспекты качества жизни отражают влияние заболевания на повседневную жизнь пациента, его собственное восприятие жизненных изменений, связанных с заболеванием, душевный комфорт [1]. Дисменорея существенно изменяет качество жизни пациенток и является основной причиной ограничения физических нагрузок и повседневной активности, пропуска работы женщинами и занятий в школе девочками. Болевые ощущения во время менструации могут быть настолько выраженными, что пациентки сравнивают их с почечной коликой. В подростковом возрасте у 80% пациенток болевой синдром сопровождается рвотой и/или диареей, у 20% — головокружением, у 15% — обмороками, у 10% — головной болью [2–5].

По разным данным, частота встречаемости дисменореи составляет 15–90%, чаще данное патологическое состояние диагностируют в возрасте до 27 лет. Такой разброс объясняется тем, что не более 15% пациенток целенаправленно обращаются к врачу с жалобами на болезненные менструации, однако при сборе анамнеза положительный ответ на вопрос о болях во время менструаций дают около 90% девушек [2–5].

Выделяют первичную и вторичную дисменорею. Распространенность первичной дисменореи, при которой отсутствует органическая патология органов малого таза, остается крайне недооцененной. Многие пациентки не обращаются к врачу, считая боль нормальным проявлением менструации. Кроме того, зачастую и сами медицинские работники не уделяют этой жалобе должного внимания. Наиболее частыми причинами вторичной дисменореи являются эндометриоз, миома матки, воспалительные заболевания и пороки развития половых органов, спаечный процесс в малом тазу [2, 4, 5].

По степени тяжести дисменорея подразделяется на:

- ♦ тяжелую (45%) — выраженная боль, резкое снижение активности, вегетативные симптомы;
- ♦ средней степени тяжести (35%) — умеренные боли, снижение повседневной активности;
- ♦ легкую (20%) — слабая выраженность боли, прием обезболивающих не требуется [3, 4, 6].

В настоящий момент в Российской Федерации не существует единого клинического протокола оказания помощи при дисменорее. Лишь в приказе Минздрава России № 572н [7] встречается упоминание об этом заболевании с указанием объема обследования и методах терапии (прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона, про-

гестагенов, физиотерапевтическое лечение) без указания на конкретные препараты и дозировки.

В связи с этим проведение новых исследований и накопление информации о распространенности заболевания, методах терапии в различных регионах нашей страны остается актуальным.

Цель исследования: изучить распространенность дисменореи у студенток высших и средних учебных заведений, обосновать дифференцированный подход к применению гормональной контрацепции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ходе научно-просветительского мероприятия за 4 мес. проведено анкетирование 1435 студенток (18–25 лет) высших и средних учебных заведений г. Перми. Анкета включала в себя вопросы о репродуктивных планах, менструальном цикле, контрацепции, вредных привычках и понимании их влияния на здоровье и т. д. Опрос установил, что боли во время менструации испытывают 1208 (84,1%) человек. В ходе мероприятия респонденты были проинформированы о необходимости обращения к врачу при наличии болевого синдрома, в том числе связанного с менструальным циклом. Из 1208 человек только 223 (18,4%) обратились на консультацию к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическую поликлинику ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России в 2019 г., они и составили группу исследования.

Субъективную оценку выраженности боли проводили при помощи 10-сантиметровой визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), в которой 0 баллов соответствует отсутствию боли, 10 баллов — невыносимой боли.

Всем пациенткам рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$, проводили УЗИ органов малого таза с применением трансвагинального (3,5–5,0 МГц) и абдоминального (2,0–7,5 МГц) датчиков, на 20–22-й день менструального цикла.

Также проведен анализ частоты встречаемости дисменореи за 2010–2019 гг. с применением статистической формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистическую обработку полученных в ходе исследования данных проводили методом вариационной статистики с использованием программы Microsoft Excel, пакета анализа данных, описательной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ данных официальной статистической формы № 12 за 10-летний период показал, что коды N94.4 и N94.5 (по МКБ-10), которые соответствуют первичной и вторичной дисменорее, включены в общую группу «Болезни мочеполовой системы; расстройства менструации». При этом частота встречаемости расстройств менструации составляет всего 0,70–2,03%.

Средний возраст обследованных респонденток, обратившихся на консультацию к врачу-гинекологу ($n=223$), составил $19,09 \pm 0,23$ года, средний возраст менархе — $13 \pm 0,18$ года (минимум 10 лет — у 8 человек, максимум 16 лет — у 3 человек). Длительность менструации менее 3 дней — у 15 (6,7%) человек, 4–5 дней — у 165 (74%), 5–6 дней — у 32 (14,3%), более 7 дней — у 11 (4,9%).

Большая часть пациенток (75,7%, n=169) отмечали выделение сгустков во время менструации: все девушки с продолжительностью менструации более 7 дней, 84,4% — с продолжительностью 5–6 дней, 78,8% — с продолжительностью 4–5 дней и 1 девушка с длительностью менструации менее 3 дней.

Все пациентки предъявляли жалобы на болезненные менструации. Первичная дисменорея диагностирована у 165 (74%) человек, вторичная — у 58 (26%).

Боли только в первый день менструации испытывала 161 (72,2%) девушка, за 1–2 дня до предполагаемой менструации — 58 (26%), за 3–7 дней до предполагаемой менструации — 4 (1,8%). Больше половины пациенток (63,2%, n=141) испытывали боли на протяжении 2–3 дней, 78 (34,9%) — в течение 1 дня, 4 (1,8%) — 4 и более дней.

Для оценки выраженности боли пациенткам была предложена ВАШ. Сильную боль (7–10 баллов) испытывали 76 (34%) пациенток, умеренную боль (4–7 баллов) — 101 (45,3%), слабую боль (2–4 балла) — 46 (20,7%). Наибольшая выраженность боли отмечена у пациенток с длительными менструациями и у тех, у кого менструации сопровождаются выделением сгустков крови. Мы провели сравнение факторов риска и клинических признаков дисменореи с выраженностью болевого синдрома по ВАШ (табл. 1).

У всех девушек дисменорея сопровождалась теми или иными симптомами: неустойчивым настроением, раздражительностью — у 182 (81,6%), усталостью, сонливостью — у 109 (48,9%), головными болями — у 33 (14,8%), в том числе мигренью без ауры — у 3 девушек, диспепсией — у 22 (9,9%), тошнотой — у 10 (4,5%). Большая часть пациенток отмечали наличие нескольких симптомов одновременно.

Среди обследованных вели половую жизнь 173 (77,6%). Средний возраст коитархе составил $17,9 \pm 0,18$ года. Для предохранения от нежелательной беременности 2 (1,2%) девушки эпизодически принимали препараты экстренной контрацепции, 29 (16,8%) — использовали прерванный половой контакт и календарный метод, 56 (32,3%) — презервативы, 86 (49,7%) — сочетали презервативы и прерванный половой контакт.

Курили на момент обследования 63 (28,2%) девушки, 6 (2,7%) — отказались от курения за 6–12 мес. до обращения в поликлинику.

Средний ИМТ составил $22,9 \pm 0,74$ (18,5–40,9) кг/м². Дефицита массы тела не было ни у одной пациентки, нормальная масса тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²) — у 154 (69%), избыточный вес — у 69 (31%), из них избыток массы тела (ИМТ 25–30 кг/м²) был у 44 (63,8%), ожирение 1-й степени (ИМТ 30–35 кг/м²) — у 14 (20,3%), ожирение 2-й степени (ИМТ 35–40 кг/м²) — у 9 (4,0%), ожирение 3-й степени (ИМТ >40 кг/м²) — у 2 (2,9%).

Таким образом, наибольшая выраженность боли выявлена у пациенток с ранним менархе, курящих, имеющих избыточную массу тела, с возникновением болевого синдрома за несколько дней до менструации (чем раньше возникает, тем выше интенсивность боли), с длительными менструациями, а также при наличии сгустков крови.

Всем пациенткам проведено УЗИ органов малого таза на 20–22-й день менструального цикла. Результаты распределились следующим образом:

- ♦ без патологии — у 98 (43,9%) пациенток;
- ♦ мультифолликулярные яичники — у 69 (30,9%);

Таблица 1. Встречаемость факторов риска и клинических проявлений дисменореи в зависимости от выраженности болевого синдрома

Table 1. The occurrence of risk factors and clinical signs of dysmenorrhea depending on pain severity

Факторы риска, клинические проявления Risk factors, clinical signs	Выраженность боли по ВАШ Pain severity (VAS)		
	сильная severe	умеренная moderate	слабая mild
Факторы риска развития дисменореи: Risk factors of dysmenorrhea:			
раннее менархе early menarche (n=8)	4 (50%)	4 (50%)	-
курение smoking (n=63)	29 (46%)	18 (28,6%)	16 (25,4%)
избыточная масса тела, в том числе ожирение overweight including obesity (n=69)	33 (47,8%)	25 (36,2%)	11 (15,9%)
Период появления болевого синдрома: Pain starts:			
только в день начала менструации only at the onset of period (n=161)	53 (32,9%)	65 (40,4%)	43 (26,7%)
за 1–2 дня до менструации 1–2 days before period (n=58)	21 (36,2%)	34 (58,6%)	3 (5,2%)
за 3–7 дней до менструации 3–7 days before period (n=4)	2 (50%)	2 (50%)	-
Продолжительность менструации: Duration of period:			
менее 3 дней less than 3 days (n=15)	2 (13,3%)	9 (60%)	4 (26,7%)
4–5 дней 4–5 days (n=165)	48 (29,1%)	79 (47,9%)	38 (23%)
5–6 дней 5–6 days (n=32)	19 (59,4%)	9 (28,1%)	4 (12,5%)
7 и более дней 7 days or more (n=11)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	-
Выделение сгустков во время менструации: Menstrual clots:			
присутствует yes (n=169)	68 (40,2%)	81 (47,9%)	20 (11,8%)
отсутствует no (n=54)	8 (14,8%)	20 (37%)	26 (48,2%)
Продолжительность болевого синдрома: Pain duration:			
1 день 1 day (n=78)	13 (16,7%)	40 (51,3%)	25 (32%)
2–3 дня 2–3 days (n=141)	59 (41,8%)	61 (43,3%)	21 (14,9%)
4 и более дней 4 days or more (n=4)	4 (100%)	-	-

- ♦ киста желтого тела — у 29 (13%);
- ♦ генитальный инфантилизм 1-й степени — у 11 (4,9%);
- ♦ гипоплазия эндометрия — у 8 (3,6%);
- ♦ эхо-признаки диффузного аденомиоза — у 5 (2,2%);
- ♦ эндометриодная киста яичника — у 3 (1,3%).

У 2 пациенток кисты правого яичника выявлены впервые (8 и 12 мм), у 1 пациентки эндометриодная киста левого яичника впервые выявлена полгода назад (диаметр 9 мм, стабильный в динамике).

Для купирования болевого синдрома использовали:

- ♦ немедикаментозные методы (ограничение физических нагрузок, тепло на низ живота, покой на период боли) — 27 (12,1%) человек;
- ♦ немедикаментозные методы + НПВП — 156 (69,9%) человек;
- ♦ немедикаментозные методы + спазмолитики — 40 (18,0%) человек.

Среди пациенток, принимавших НПВП, 70,9% ограничивались приемом 1–2 таблеток/сут, 29,1% были вынуждены принимать 3 и более таблеток/сут.

Несколько (14,3%) девушек отметили, что ранее принимали гормональные контрацептивы (ГК) в течение 1–6 мес. по рекомендации врачей, но самостоятельно отменили прием по различным причинам (увеличение массы тела, отсутствие регулярной половой жизни, нежелание принимать препарат, содержащий синтетические гормоны).

Всем пациенткам нашего исследования, в том числе не живущим половой жизнью, в связи с наличием дисменореи предложен прием ГК: Димиа® — 212 пациенткам, Лактинет®-Рихтер — 3 пациенткам с мигренью без ауры. Восемь пациенткам с УЗ-признаками эндометриоза назначен прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с диеногестом (Силует®).

В течение первых 3 мес. приема препарата Димиа® у 17 (7,6%) человек наблюдались ациклические кровянистые выделения, в связи с чем им было предложено заменить препарат на низкодозированный (Мидиана®). Три (1,4%) пациентки предъявили жалобы на увеличение массы тела, 19 (8,6%) — отмечали болезненность в молочных железах. Также следует выделить 14 (6,3%) пациенток, которые прекратили прием ГК по собственному желанию.

Через 6 мес. пациентки, продолжающие прием ГК, отмечали уменьшение выраженности болевого синдрома: сильной боли не было ни у одной пациентки, жалобы на умеренную боль предъявляли 24 человека, на слабую боль — 32 человека. Через год приема умеренную боль испытывали лишь 4 человека, слабую боль — 11 (рис. 1).

Кроме того, уже через 3 мес. пациентки отметили уменьшение выраженности вегетативных симптомов: на неустойчивое настроение, раздражительность жаловались 2 (0,89%) пациентки, на усталость, сонливость — 12 (5,4%). По прошествии года данные симптомы не определялись. Жалоб на головные боли, диспепсию, тошноту не было. Уменьшилась также продолжительность и обильность менструаций. Появление сгустков не отмечала ни одна пациентка. Продолжительность менструаций менее 3 дней зафиксирована у 21,5% пациенток, 4–5 дней — у 77,6%, 6 дней — у 0,9%.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты анализа данных официальной статистики показали крайне низкую частоту расстройств менструации (в том числе дисменореи) — 0,7–2,03%, что не отражает реальной ситуации и приводит к ошибочному представлению о структуре гинекологической заболеваемости. Это в свою очередь влияет на отношение общественности, в том числе и профессионального сообщества, к медико-социальной

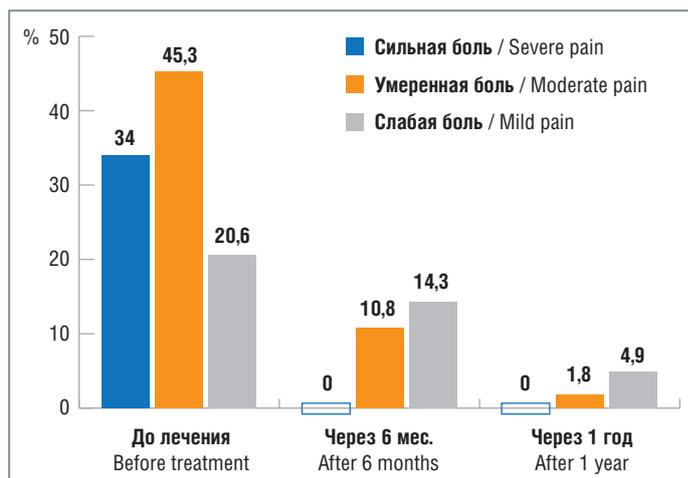


Рис. 1. Динамика выраженности болевого синдрома на фоне проведения гормональной контрацепции

Fig. 1. Changes in pain severity after hormonal contraception

значимости данной патологии. По результатам собственных исследований частота дисменореи составила более 80% среди женщин молодого фертильного возраста с преобладанием первичной дисменореи у 74%.

По данным литературы, возникновению дисменореи могут способствовать различные неблагоприятные факторы: раннее менархе, курение, переохлаждение, перегревание, инфекционные заболевания, стрессы, физические травмы, умственные и физические перегрузки, недостаточная продолжительность сна, ожирение, употребление алкоголя, избыточное потребление сахара [2–5].

В клинических рекомендациях «Эндометриоз» (2020), в случае если дисменорея негативно влияет на качество жизни и повседневную активность, вынуждает обратиться к врачу, является причиной пропуска работы/школы и не купируется НПВП и КОК, рекомендуется заподозрить эндометриоз. Особенно следует обратить внимание на пациенток, у которых дисменорея сочетается с прочими признаками эндометриоза: мено- и метроррагиями, посткоитальным кровотечением, хронической тазовой болью, диспареунией, бесплодием, эндометриозом у матери или сестры пациентки, связанными с менструацией, болью в кишечнике или при мочеиспускании, запорами/диареей, кровью в моче. К сожалению, в настоящее время эндометриоз не является заболеванием только возрастных многодетных женщин, как считалось ранее [3, 4, 6, 8–15]. Среди пациенток в нашем исследовании посткоитальные кровотечения отмечали 9,8%, диспареунию — 7,6%, хроническую тазовую боль — 2,5%, эндометриоз у матери — 31,8%, связанную с менструацией диарею — 7,6%. Таким образом, симптомы эндометриоза наблюдаются у каждой 10-й пациентки.

Тазовая боль, особенно в сочетании с нарушениями репродуктивной функции, приводит к тому, что пациентки находятся в состоянии постоянного стресса, страдают от дисфории, депрессии, бессонницы. Болевые ощущения поражают порочный круг: менструальная боль снижает качество и эффективность сна, последующая усталость усиливает негативное влияние боли на дневную активность и настроение. Повышенная болевая чувствительность сохраняется даже вне менструального цикла. У пациентки могут наблюдаться частые рецидивы интерстициального цистита, синдром раздраженного кишечника (СРК), синдром

хронической усталости, хроническая боль в области поясницы, височно-нижнечелюстного сустава, вульводиния, фибромиалгия, мигрень без ауры, тревожные расстройства, аутоиммунные заболевания, бронхиальная астма. Это позволяет говорить о снижении качества жизни у данной категории женщин [3, 4, 16, 17]. В нашем исследовании СРК выявлен у 6,7% пациенток, мигрень без ауры — у 1,3%, бронхиальная астма — у 5,4%, частые обострения цистита — у 3,1%. Подробная оценка качества жизни пациенток с дисменореей — предмет будущих научных работ.

Ряд исследователей [4, 18] предполагают, что более высокое внутриматочное давление, перистальтика и сокращения миометрия, объясняющие первичную дисменорею, приводят к механическому напряжению и повреждению матки и в конечном счете могут стимулировать развитие аденомиоза. Однако вопрос о том, действительно ли первичная дисменорея приводит к развитию вторичной дисменореи и аденомиоза или аденомиоз уже присутствовал, но не был диагностирован, остается открытым.

Основной целью лечения дисменореи является уменьшение болевого синдрома и, как следствие, улучшение качества жизни. Лечение заболеваний у подростков направлено в первую очередь на профилактику прогрессирования, сохранение репродуктивной функции и устранение симптомов. В то же время должны учитываться репродуктивное поведение (наличие или отсутствие половых контактов) и репродуктивные планы пациенток, в частности применение высокоэффективных методов контрацепции с целью профилактики нежелательной беременности. В исследуемой группе 77,6% пациенток имели половые контакты, при этом ни одна из них не указала на планирование беременности в течение ближайших 6 мес., и, что особенно важно, ни одна не использовала высокоэффективные методы контрацепции.

Согласно данным литературы 47–70% студенток университетов самостоятельно применяют анальгетики для облегчения боли, до 30% — используют альтернативные методы лечения и лишь 15–20% — обращаются к врачу [4]. Немедикаментозные методы лечения (чрескожная электрическая стимуляция нервов, трансдермальные пластыри нитроглицерина, иглоукалывание и хирургические вмешательства), а также альтернативные методы (грелка, постельный режим в период боли, физические упражнения, медитация, ароматические масла, применение имбиря, корицы, увеличение в рационе белка, уменьшение соли) имеют крайне незначительную эффективность, особенно при тяжелой и среднетяжелой дисменорее [4, 5]. Проведенные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования (3101 девушка в возрасте до 25 лет с первичной и вторичной дисменореей) [19] не показали эффективности пищевых добавок растительного происхождения (с содержанием ромашки, корицы, дамасской розы, укропа, фенхеля, гуавы, ревеня, узары) и витаминно-минеральных комплексов (с мелатонином, витамином Е). Среди добавок, показавших незначительную эффективность, оказались пажитник, имбирь, валериана, затария, сульфат цинка, рыбий жир и витамин В₁.

Препаратами первой линии терапии дисменореи являются НПВП, которые снижают образование простагландинов в эндометрии. Выбор НПВП должен основываться на эффективности и индивидуальной переносимости для каждой пациентки. Эффективность НПВП достигает 65–100%, их прием следует начинать за 1–2 дня до пред-

полагаемого начала менструации и продолжать в течение 2–3 дней [5]. В то же время около 15% женщин всех возрастных групп, страдающих дисменореей, не реагируют или не переносят НПВП. Также НПВП оказывают неблагоприятное влияние на ЖКТ. Последние данные свидетельствуют о том, что длительное использование этих препаратов может увеличивать риск развития нестабильной стенокардии, острого инфаркта миокарда, венозной тромбоэмболии [3, 4].

Гормональные контрацептивы вызывают быстрое уменьшение болевого синдрома, кроме того, нормализуют регулярность менструаций, предотвращают нежелательную беременность. Синтетические гормоны подавляют овуляцию и уменьшают толщину слизистой оболочки матки, тем самым уменьшая объем менструальных выделений, синтез простагландинов и купируя дисменорею [4, 5]. Для лечения дисменореи рекомендуются как циклические (21+7, 24+4), так и непрерывные схемы лечения, однако исследований, сравнивающих эффективность различных схем лечения, не проводилось. Гормональная терапия должна быть предложена женщинам и девочкам, которые в настоящее время не планируют беременность, если не существует противопоказаний — тромбозов (венозных и артериальных) на момент осмотра или в анамнезе, факторов риска тромбозов (в том числе наследственных), мигрени, артериальной гипертензии и т. д. [20, 21]. Следует отметить, что согласно Международным критериям приемлемости методов контрацепции [20, 21] избыточная масса тела (включая ожирение) не является противопоказанием к назначению КОК.

Пока вопрос влияния предшествующего приема КОК на частоту диагностирования эндометриоза в будущем остается открытым. Ряд авторов [5, 22–24] обозначают КОК как препараты первой линии для лечения дисменореи, вызванной эндометриозом. При этом КОК подавляют рост эндометриоидных гетеротопий, облегчают боль и улучшают качество жизни, что позволяет рассматривать их применение как альтернативу хирургическому лечению. Другие авторы [17, 25] отмечают, что предшествующее использование КОК снижает риск диагностирования эндометриоза у рожавших женщин, но повышает его у нерожавших. Такую ситуацию авторы объясняют тем, что многие нерожавшие женщины использовали в прошлом КОК с непротивопоказательной целью, что может свидетельствовать о раннем появлении симптомов эндометриоза, для купирования которых и была назначена гормональная контрацепция. Тем не менее прием КОК при эндометриозе обеспечивает надежный контроль менструального цикла, отсутствие прорывных кровотечений и приводит к купированию болевого синдрома. По всей видимости, по действию они не уступают вовсе или уступают незначительно другим препаратам для лечения эндометриоза. Это дает возможность назначать ГК на продолжительное время. Терапевтическая эффективность КОК при эндометриозе определяется входящим в их состав гестагеном. Диеногест обладает более выраженным антипролиферативным эффектом и подавляет рост эндометриоидных гетеротопий [22].

Несмотря на то, что разговор об индивидуальном подходе к назначению терапии ведется уже давно, нет одного «идеального» контрацептива, подходящего для всех пациенток с дисменореей. Каждая женщина требует тщательного осмотра и подбора препарата с учетом ее специфических особенностей. Основным результатом лечения

дисменореей является степень удовлетворенности пациентки проводимым лечением — полное устранение или значительное уменьшение болевого синдрома и сопутствующих симптомов.

Выводы

1. Частота встречаемости дисменореей среди девушек молодого возраста — более 80%: первичной — 74%, вторичной — 26%.
2. Более 30% девушек испытывают сильную боль (7–10 баллов по ВАШ) во время менструации.
3. Индивидуальный подбор ГК в соответствии с критериями приемлемости методов контрацепции позволяет достичь высокой комплаентности, необходимой продолжительности терапии и высокой безопасности.
4. Длительный прием КОК, содержащих дроспиренон, приводит к купированию болевого синдрома, нормализует нейровегетативные, обменно-эндокринные процессы, корректирует психический и эмоциональный статус, приводя, как следствие, к значимому улучшению качества жизни пациенток с дисменореей.

Благодарность

Редакция благодарит ООО «Гедон Рихтер Фарма» за оказанную помощь в технической редакции настоящей публикации.

Acknowledgment

Editorial Board is grateful to Gedeon Richter for the assistance in technical edition of this publication.

Литература

1. Косенкова О.И., Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине. Экология человека. 2007;11:29–34.
2. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Сувернева А.А., Какурин В.И. Дисменорея — современный взгляд на этиологию, патогенез, диагностику, клинику и лечение (обзор литературы). Астраханский медицинский журнал. 2010;5(1):35–43.
3. De Sanctis V., Soliman A., Bernasconi S. et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2015;13(2):512–520.
4. Iacovides S., Avidon I., Baker F.C. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015;21(6):762–778. DOI: 10.1093/humupd/dmv039.
5. Osayande A.S., Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician.* 2014;89(5):341–346.
6. Трушкевич А.А., Мысенко А.Д. Оптимизация методов ранней диагностики эндометриоза в группах риска — пациенток раннего репродуктивного возраста с дисменореями. Научный руководитель. 2014;3(4):102–114.
7. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н (в ред. приказов Минздрава России от 17.01.2014 № 25н, от 11.06.2015 № 333н, от 12.01.2016 № 5н) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
8. Jing Xie, Kvaskoff M., Li Y. et al. Severe teenage acne and risk of endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29(11):2592–2599. DOI: 10.1093/humrep/deu207.
9. Yeung Jr.P., Gupta S., Gieg S. Endometriosis in adolescents: a systematic review. *J Endometr Pelv Pain Disord.* 2017;9(1):17–29. DOI: 10.5301/je.5000264.
10. Matalliotakis M., Goulielmos G.N., Matalliotaki C. et al. Endometriosis in adolescent and young girls: report on a series of 55 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017;30(5):568–570. DOI: 10.1016/j.jpog.2017.05.007.

11. Унанян А.Л., Сидорова И.С., Соснова Е.А. и др. Дисменорея, аденомиоз, эндометриоз, опухолевый процесс: причинно-следственные связи. Медицинский совет. 2017;11:186–188.
12. Леваков С.А., Хамошина М.Б. Эндометриоз: мировой прорыв в медикаментозном лечении. М.: Редакция журнала StatusPraesens; 2012.
13. Brosens I., Puttemans P., Benagiano G. Endometriosis: a life cycle approach? *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(4):307–316. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.03.009.
14. Harada T., Khine Y.M., Kaponis A. et al. The impact of adenomyosis on women' fertility. *Obstet Gynecol Surv* 2016;71(9):557–568. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000346.
15. Эндометриоз. Клинические рекомендации. М.; 2020.
16. Smorgick N., Marsh C.A., As-Sanie S. et al. Prevalence of pain syndromes, mood conditions, and asthma in adolescents and young women with endometriosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26(3):171–175. DOI: 10.1016/j.jpog.2012.12.006.
17. Tølbøll Glavind M., Forman A., Håkonsen Arendt L. et al. Endometriosis and pregnancy: a Danish cohort study. *Fertil Steril.* 2016;109(1):160–166. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.09.020.
18. Carrarelli P., Lunardi Rocha A.L., Belmonte G. et al. Increased expression of antimüllerian hormone and its receptor in endometriosis. *Fertil Steril.* 2014;101(5):1353–1358. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.01.052.
19. Pattanittum P., Kunyanone N., Brown J. et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3(3):CD002124. DOI: 10.1002/14651858.CD002124.pub2.
20. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции. ВОЗ, 2012. 4-е изд. М.; 2012.
21. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции. ВОЗ, 2015. 5-е изд. Женева; 2015.
22. Кузнецова И.В., Ховрина Е.А., Кирпиков А.С. Всерьез и надолго. Возможности применения КОК при эндометриозе половых органов. StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2012;4(10):36–40.
23. Tu F.F., Du H., Goldstein G.P. et al. The influence of prior oral contraceptive use on risk of endometriosis is conditional on parity. *Fertil Steril.* 2014;101(6):1697–1704. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.014.
24. Vercellini P., Buggio L., Berlanda N. et al. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. *Fertil Steril.* 2016;106(7):1552–1571. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.022.
25. Kitajima M., Dolmans M.-M., Donnez O. et al. Enhanced follicular recruitment and atresia in cortex derived from ovaries with endometriomas. *Fertil Steril.* 2014;101(4):1031–1037. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.049.

References

1. Kosenkova O.I., Makarova V.I. Problem of quality of life in present-day medicine. *Human Ecology.* 2007;11:29–34 (in Russ.).
2. Sinchihin S.P., Mamiev O.B., Suverneva A.A., Kakurin V.I. Dysmenorrhoea — modern attitude to etiology, pathogenesis, diagnostics, clinic and treatment (literature review). *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal.* 2010;5(1):35–43 (in Russ.).
3. De Sanctis V., Soliman A., Bernasconi S. et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2015;13(2):512–520.
4. Iacovides S., Avidon I., Baker F.C. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015;21(6):762–778. DOI: 10.1093/humupd/dmv039.
5. Osayande A.S., Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician.* 2014;89(5):341–346.
6. Trushkevich A.A., Mysenko A.D. Optimization of methods for early diagnosis of endometriosis in risk groups — patients of early reproductive age with dysmenorrhea. *Nauchnyy rukovoditel'.* 2014;3(4):102–114 (in Russ.).
7. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 01.11.2012 No. 572n (as amended by orders of the Ministry of Health of Russia dated 17.01.2014 No. 25n, dated 11.06.2015 No. 333n, dated 12.01.2016 No. 5n) “On approval of the procedure for the provision of medical care in the field of obstetrics and gynecology (excluding the use of assisted reproductive technologies)” (in Russ.).
8. Jing Xie, Kvaskoff M., Li Y et al. Severe teenage acne and risk of endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29(11):2592–2599. DOI: 10.1093/humrep/deu207.

9. Yeung Jr.P., Gupta S., Gieg S. Endometriosis in adolescents: a systematic review. *J Endometr Pelv Pain Disord.* 2017;9(1):17–29. DOI: 10.5301/je.5000264.
10. Matalliotakis M., Goulielmos G.N., Matalliotaki C. et al. Endometriosis in adolescent and young girls: report on a series of 55 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017;30(5):568–570. DOI: 10.1016/j.jpag.2017.05.007.
11. Unanyan A.L., Sidorova I.S., Sosnova E.A. et al. Dysmenorrhea, adenomyosis, endometriosis, tumor process: causation. *Meditsinskiy sovet.* 2017;11:186–188 (in Russ.).
12. Levakov S.A., Khamoshina M.B. Endometriosis: a worldwide breakthrough in medical treatment. M.: StatusPraesens; 2012 (in Russ.).
13. Brosens I., Puttemans P., Benagiano G. Endometriosis: a life cycle approach? *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(4):307–316. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.03.009.
14. Harada T., Khine Y.M., Kaponis A. et al. The impact of adenomyosis on women's fertility. *Obstet Gynecol Surv* 2016;71(9):557–568. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000346.
15. Endometriosis. Clinical guidelines. M.; 2020 (in Russ.).
16. Smorgick N., Marsh C.A., As-Sanie S. et al. Prevalence of pain syndromes, mood conditions, and asthma in adolescents and young women with endometriosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26(3):171–175. DOI: 10.1016/j.jpag.2012.12.006.
17. Tølbøll Glavind M., Forman A., Håkonsen Arendt L. et al. Endometriosis and pregnancy: a Danish cohort study. *Fertil Steril.* 2016;109(1):160–166. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.09.020.
18. Carrarelli P., Lunardi Rocha A.L., Belmonte G. et al. Increased expression of antimüllerian hormone and its receptor in endometriosis. *Fertil Steril.* 2014;101(5):1353–1358. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.01.052.
19. Pattanittum P., Kunyanone N., Brown J. et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3(3):CD002124. DOI: 10.1002/14651858.CD002124.pub2.
20. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO, 2009. 4th ed. M.; 2012 (in Russ.).
21. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO, 2015. 5th ed. Geneva; 2015 (in Russ.).
22. Kuznetsova I.V., Khovrina E.A., Kirpikov A.S. Seriously and for a long time the possibility of using COCs for genital endometriosis. *StatusPraesens. Gynecology, obstetrics, barren marriage.* 2012;4(10):36–40 (in Russ.).
23. Tu F.F., Du H., Goldstein G.P. et al. The influence of prior oral contraceptive use on risk of endometriosis is conditional on parity. *Fertil Steril.* 2014;101(6):1697–1704. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.014.
24. Vercellini P., Buggio L., Berlanda N. et al. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. *Fertil Steril.* 2016;106(7):1552–1571. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.022.
25. Kitajima M., Dolmans M.-M., Donnez O. et al. Enhanced follicular recruitment and atresia in cortex derived from ovaries with endometriomas. *Fertil Steril.* 2014;101(4):1031–1037. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.049.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Олина Анна Александровна — д.м.н., профессор, первый заместитель директора ФГБНУ «НИИ АГУР им. Д.О. Отта»; 199034, Россия, г. Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д.3; профессор кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России; 191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41; ORCID iD 0000-0001-9101-7569.

Метелева Татьяна Александровна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России; 614000, Россия, г. Пермь, ул. Петропавловская, д.26; ORCID iD 0000-0002-1448-1840.

Контактная информация: Олина Анна Александровна, e-mail: olina29@mail.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует.** Статья поступила 03.12.2020, поступила после рецензирования 28.12.2020, принята в печать 28.01.2021.

ABOUT THE AUTHORS:

Anna A. Olina — *Doct. of Sci. (Med.), Professor, First Deputy Director, D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology, & Reproduction, 3, Mendeleevskaya line, St. Petersburg; 199034, Russian Federation; professor of S.N. Davydov Department of Obstetrics & Gynecology, I.I. Mechnikov North-Western State Medical University; 41, Kirochnaya str., St. Petersburg, 191015, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-9101-7569.*

Tat'yana A. Meteleva — *Assistant of the Department of Obstetrics & Gynecology No. 1, Academician E.A. Vagner Perm State Medical University; 26, Petropavlovskaya str., Perm, 614990, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-1448-1840.*

Contact information: Anna A. Olina, e-mail: olina29@mail.ru. **Financial Disclosure:** no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned. There is no conflict of interests. Received 03.12.2020, revised 28.12.2020, accepted 28.01.2021.