



А.Л. Тихомиров, Т.А. Юдина

ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова Минздрава России»

Для корреспонденции

Тихомиров Александр Леонидович –
доктор медицинских наук,
профессор кафедры акушерства
и гинекологии лечебного
факультета ГБОУ ВПО
«Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова
Минздрава России»
Адрес: 127473, г. Москва,
ул. Делегатская, д. 20/1
Телефон: (495) 178-28-31

Патогенетическое обоснование гормонального лечения первичной дисменореи

В статье представлено патогенетическое обоснование применения микродозированного комбинированного орального контрацептива Линдинет-20 в терапии первичной дисменореи. Рассматриваются отличительные особенности препарата. Описана эффективность использования препарата, снижение выраженности побочных эффектов.

Ключевые слова: дисменорея, простагландины, гормональная контрацепция, комбинированный оральный контрацептив Линдинет-20

A.L. Tikhomirov, T.A. Yudina
Moscow State Medical Dental University

Pathogenetic substantiation of primary dysmenorrhea hormonal treatment

The paper presents pathogenetic substantiation of a combined oral contraceptive Lindinet-20 use in the treatment of primary dysmenorrhea. The distinctive features of the drug are considered. The effectiveness of the drug and side effects severity reduction are described.

Key words: dysmenorrhea, prostaglandins, hormonal contraception, combined oral contraceptive Lindinet-20



Одной из самых частых гинекологических патологий среди подростков и молодых женщин является дисменорея.

Дисменорея – это циклически повторяющийся болевой синдром, который обусловлен комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия.

Частота дисменореи у молодых женщин достигает 60–80%. При этом в 9 из 10 случаев диагностируется первичная (функциональная) дисменорея. Первичная дисменорея проявляется в подростковом и юношеском возрасте с первой менструацией или через 1–3 года после менархе, что совпадает со временем установления овуляторных менструальных циклов.

Продолжительность болевого синдрома достигает 72 ч. В 15% наблюдений дисменорея сопровождается временной потерей способности к обучению. Дисменорея является ведущей причиной пропуска учебы в данной группе [2–4].

В патогенезе дисменореи совокупное значение имеют локальные и системные процессы. Из локальных реакций ведущую роль играют резкое снижение уровня прогестерона перед менструацией, усиление синтеза простагландинов (ПГ) и лейкотриенов (ЛТ) в эндометрии, сокращение миометрия и ангиоспазм, ишемическая боль. Известно, что для высокой продукции простагландинов в эндометрии необходимо последовательное воздействие на него сначала эстрогенов, а затем прогестерона. Очевидно, что женщины с ановуляторными менструальными циклами крайне редко страдают первичной дисменореей вследствие отсутствия у них смен фаз цикла. Наличие овуляции и, как следствие, двухфазного менструального цикла (возможно с недостаточностью второй фазы) является одним из факторов, обуславливающих симптомы дисменореи. Системные реакции обусловлены попаданием избыт-

ка ПГ и ЛТ в кровотока, воздействием на чувствительные к ним органы-мишени, что обуславливает возникновение тошноты, рвоты, метеоризма, головной боли, резких колебаний АД. Маточные сокращения, обусловленные простагландинами, могут продолжаться несколько минут, а развиваемое давление в матке достигать 60 мм рт. ст. Длительные сокращения матки приводят к развитию ишемии и, как следствие, к накоплению продуктов анаэробного метаболизма, которые в свою очередь стимулируют С-тип болевых нейронов. Другими словами, первичную дисменорею называют «маточной стенокардией». Роль простагландинов в развитии первичной дисменореи подтверждается исследованием, в котором было выявлено, что концентрация простагландинов в эндометрии коррелирует с тяжестью симптомов, т.е. чем выше концентрация ПГФ2 альфа и ПГЕ2 в эндометрии, тем тяжелее протекает дисменорея [10]. При этом множество факторов может модулировать эффект простагландинов на матку. К примеру, усиленные физические упражнения могут повышать тонус матки, возможно, в результате снижения маточного кровотока. Многие спортсменки отмечают, что усиленные тренировки во время менструации значительно усиливают симптомы дисменореи. Помимо воздействия на матку, ПГФ2 альфа и ПГЕ2 могут вызывать бронхоконстрикцию, диарею и гипертензию, так, в частности, диарея особенно часто сопровождает первичную дисменорею (табл. 1, 2).

Большинство терапевтических подходов к лечению дисменореи основаны на прерывании каскада реакций, запускающих выработку простагландинов. Терапия первой линии: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Большинство препаратов этой группы являются неселективными ингибиторами циклооксигеназы (ЦОГ), подавляя действие обеих ее разновидностей – ЦОГ-1 и ЦОГ-2,

Таблица 1. Основные симптомы дисменореи

Спастические боли в животе
Тошнота
Рвота
Потеря аппетита
Головная боль
Боли в спине
Боли в ногах
Слабость
Головокружение
Диарея
Прилив крови к лицу
Бессонница
Ощущение болезненности «во всем теле»
Депрессия
Раздражительность
Повышенная возбудимость

а следовательно, и синтез простагландинов. К неселективным ингибиторам ЦОГ относят ацетилсалициловую кислоту, диклофенак, ибупрофен, кетопрофен и др.

Недостатком данного метода лечения являются относительно невысокая эффективность и значительная частота рецидивов болевого синдрома после отмены препаратов, а также прямое раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и модификация почечного кровотока [8, 9].

Второй линией лечебного воздействия является гормональная терапия с использованием комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

КОК предупреждают дисменорею или облегчают ее симптомы путем подавления

овуляции, подавления роста эндометрия и тем самым уменьшения количества эндометриальной ткани, продуцирующей ПГ и ЛТ, снижения объема менструальных выделений, что в свою очередь эффективно уменьшает дисменорею путем снижения сократительной активности матки (см. рисунок).

Это оптимальный метод терапии для пациенток раннего репродуктивного возраста, так как КОК, помимо их основного предназначения, обладают дополнительными благотворными эффектами: улучшают состояние кожи при угревых высыпаниях, ослабляют проявления предменструального синдрома и т.д. Предупреждение беременности у девушек в нашей стране актуально не только потому, что каждый 10-й аборт в РФ проводится у женщин в возрасте до 19 лет, регистрируется более 2000 аборт в возрасте до 14 лет, растет число младенцев, брошенных несовершеннолетними матерями, но и в связи с тем, что в Европе, за исключением России, 2 из 3 женщин (75%) принимают контрацептивы во время первого полового сношения. В России применение контрацептивов во время первого полового сношения является крайне низким (<3,5%).

В настоящее время более 90% женщин, применяющих КОК, используют именно низко- и микродозированные препараты, в состав которых входят современные прогестагены. Среди них одним из оптимальных можно считать современный микродозированный КОК Линдинет-20 (содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена). Препарат при высокой

Таблица 2. Шкала оценки дисменореи [1]:

Степень тяжести	Выраженность дисменореи	Работоспособность	Системные симптомы	Необходимость приема анальгетиков
I	Умеренная боль	Нарушается редко	Нет	Редко необходимы
II	Сильная боль	Нарушается заметно	Некоторые есть	Необходимы
III	Чрезмерная боль	Исключена	Головная боль, тошнота, рвота, диарея, слабость	Неэффективны

эффективности обладает минимальным биохимическим, метаболическим и иммунологическим воздействием на организм. Благодаря улучшенным свойствам гестодена, а также минимальной дозе этинилэстрадиола, Линдинет-20 не оказывает клинически значимого влияния на метаболизм, характеризуется хорошей переносимостью и высокой безопасностью при длительном применении. Линдинет-20 обладает хорошим контролем менструального цикла, низкой частотой побочных эффектов.

Алгоритм лечения первичной дисменореи, на наш взгляд, должен складываться из следующих этапов. На первом этапе предлагаем назначать Линдинет-20 в течение 3–6 циклов по 21-дневной схеме. Через 6 мес после начала лечения с использованием препарата Линдинет-20 у 80% пациенток с первичной дисменореей наблюдаются регулярные и умеренные менструальноподобные реакции, при этом выраженный обезболивающий эффект отмечается не менее чем у 40% молодых женщин.

При положительном эффекте предлагаем продолжительное использование Линдинета-20. При отсутствии эффекта следует думать о наличии вторичной дисменореи и провести дополнительное обследование.

Таким образом, определение лечебной тактики при первичной дисменорее является актуальным вопросом сохранения репродуктивного здоровья женщин. Одним из



Механизм действия КОК при дисменорее

основных направлений патогенетического лечения первичной дисменореи является применение комбинированного орального контрацептива Линдинет-20 по стандартной контрацептивной схеме. Этот препарат в первую очередь необходимо назначать женщинам, нуждающимся в высокоэффективной защите от незапланированной беременности, что актуально в наше время. Также Линдинет-20 является препаратом первого выбора у подростков и молодых женщин, симптоматика которых включает в себя: дисменорею, обильные менструальные кровотечения, нерегулярный менструальный цикл, а также проявления гиперандрогении. Кроме того, КОК Линдинет-20 способствует профилактике распространенных гинекологических заболеваний.

Сведения об авторах

Тихомиров Александр Леонидович – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1

Телефон: (495) 178-28-31

Юдина Татьяна Александровна – врач акушер-гинеколог медицинского холдинга «СМ-Клиника» (Москва)

Телефон: (495) 777-48-49

Литература

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. – 2000. – С. 250–260.
2. Hewitt G. Managing Primary Dysmenorrhea // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2006. – Vol. 19. – P. 341–344.
3. Harel Z. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. *Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2006. – Vol. 19. – P. 363–371.
4. Trinza I. et al. Primary Dysmenorrhea in Young Western Australian Women: Prevalence, Impact and Knowledge of Treatment. *J. Adol. Health.* – 1999. – Vol. 25. – P. 40–45.
5. Balbi C., Musone R., Menditto A. et al. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2000. – Vol. 91. – P. 143.
6. Deutch B. Menstrual pain in Danish women correlated with low polyunsaturated fatty acid intake // *Eur. J. Clin. Nutr.* – 1995. – Vol. 49. – P. 508.
7. Hornsby P.P., Wilcox A.J., Weinber C.R. Cigarette smoking and disturbance of menstrual function. *Epidemiology.* – 1998. – Vol. 9. – P. 193.
8. Primary Dysmenorrhea (I. Thirza, J. Hillen) // *J. Adolesc. Health.* – 1999. – Vol. 25. – P. 40–45.
9. Harel Z. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. *Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2006. – Vol. 19. – P. 363–371.
10. Chan W.Y., Dawood M.Y., Fuchs F. Relief of dysmenorrhea with the prostaglandin synthetase inhibitor ibuprofen: effect of prostaglandin levels in menstrual fluid // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1979. – Vol. 135. – P. 102.