

С.О. Шурпяк

Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького

УДК: 618.175:615.357:615.276]-07-08

ДИСМНОРЕЯ — ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Резюме. У статті наведено основні положення та клінічні підходи до ведення жінок із дисменореєю. Зокрема, представлено сучасну класифікацію, методи діагностики та лікування. Надано рекомендації щодо диференційної діагностики даної патології для сімейних лікарів. Викладено сучасні принципи проведення терапії нестероїдними протизапальними засобами, гормональними препаратами та немедикаментозними методами.

Ключові слова: дисменорея, первинна дисменорея, вторинна дисменорея, тазовий біль, гормональна терапія, нестероїдні протизапальні засоби.

Дисменорея відноситься до рецидивуючого тазового болю, пов'язаного з менструацією. Розрізняють первинну дисменорею, без супутньої органічної патології, та вторинну дисменорею, з наявністю органічної патології. Дисменорея є найбільш частою причиною періодичної втрати працездатності, що призводить до пропусків роботи та навчання серед молодих жінок. Первинна дисменорея, як правило, виникає з початком овуляторних циклів і зазвичай покращується з часом, збігається з початком менструальної кровотечі та часто пов'язана з іншими симптомами через опосередкований вплив простагландинів, такими як нудота, блювання, діарея і запаморочення [1].

Однією з причин виникнення первинної дисменореї вважається надмірна секреція ендометріального простагландину F2 альфа [2], що призводить до надлишкових скорочень матки з подальшою гіпоксією м'язів та ішемією [3]. Центральна сенсibiliзація також може відігравати певну роль у розвитку первинної дисменореї. Такі випадки спостерігаються при повторенні епізодів дисменореї, що призводить до посилення больової реакції в центральній нервовій системі [3].

Актуальність. Дисменорея є одним із найпоширеніших гінекологічних станів у жінок репродуктивного віку [1] та може бути пов'язана із значною захворюваністю і втратою працездатності. Поширеність дисменореї коливається від 45 до 95% у всьому світі [3]. За даними досліджень, 83,5% дівчат-підлітків віком 12-19 років повідомили про епізоди дисменореї [4]. Встановлено, що дисменорея має значний негативний вплив на навчання, роботу та міжособистісні стосунки, що призводить до погіршення якості життя [3]. Це основна причина повторюваних коротких періодів пропусків

у школі, університеті та на роботі [3]. Кожна четверта дівчина повідомила, що не відвідує школу в період менструації через дисменорею [4]. Подібна ситуація спостерігається в багатьох країнах, де 10-30% жінок, які працюють або навчаються, втрачають -2 дні на місяць через дисменорею [3]. Це також пов'язано з погіршенням психічного здоров'я, включаючи депресію та тривогу [5].

Водночас, незважаючи на високу поширеність і значний вплив дисменореї на якість життя, багато людей або не звертаються по медичну допомогу, або самостійно використовують безрецептурні препарати для полегшення симптомів.

Пацієнтки-підлітки та особи, які за ними доглядають, можуть вважати біль «нормальним» явищем, а ліки непотрібними [4]. Основною причиною цього є брак знань про дисменорею та доступні методи лікування, неправильне уявлення про те, що є нормальним, і недостатня обізнаність про потенційні наслідки за відсутності правильного лікування [4, 6]. Сімейні лікарі, виступаючи в багатьох випадках лікарями першого контакту, мають хороші можливості для забезпечення просвітницького процесу серед підлітків і водночас для вчасної діагностики та лікування цього стану. **Метою** даної роботи є систематизація методів діагностики й лікування дисменореї для використання в клінічній практиці сімейного лікаря.

Менеджмент дисменореї в клінічній практиці сімейного лікаря. Враховуючи можливі наслідки дисменореї, для менеджменту необхідно застосовувати комплексний підхід. Це включає дослідження супутніх симптомів, повну менструальну та статеву історію і проведення цілеспрямованого фізичного огляду. Далі слід проводити обстеження для виключення вторинних причин і лікування, спрямоване на покращення якості життя пацієнтки.

Першим кроком буде визначення основної причини симптомів у пацієнтки. Збір анамнезу повинен включати оцінку менструальних симптомів та інших системних симптомів, факторів ризику, вплив на повсякденне життя та якість життя, попереднє використання анальгезії та її ефективність, а також сімейну історію дисменореї. Фактори ризику, пов'язані з дисменореєю, включають ранній вік менархе, відсутність пологів в анамнезі та наявність дисменореї в сімейному анамнезі [1, 7]. Подальші відомості щодо оцінки анамнезу наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Обстеження пацієнток із дисменореєю

Пацієнткам із зазначеними нижче ознаками слід негайно пройти обстеження на наявність органічних причин дисменореї.
1. Дисменорея зі слабкою відповіддю на нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) або гормональну контрацепцію після трьох циклів прийому [2].
2. Пацієнтки, у яких дисменорея почалася більше ніж 2 роки після настання менархе або за наявності дисменореї, що прогресує [8].
3. Утвори в ділянці малого таза чи патологія, виявлені при вагінальному або ректальному дослідженні.
4. Наявність симптомів, що вказують на вторинну дисменорею, таких як аномальна маткова кровотеча (менорагія та міжменструальна кровотеча), біль у середині циклу або ациклічний біль, глибока диспареунія, зниження фертильності і слизово-гнійні виділення з піхви.
5. Ендометріоз або аденоміоз у сімейному анамнезі.
6. Анатомічні аномалії нирок, хребта, серця чи шлунково-кишкового тракту, оскільки вони можуть бути пов'язані з гінекологічними структурними аномаліями [8].

Пацієнтки з анамнезом, що вказує на первинну дисменорею, але ніколи не жили статевим життям, не повинні проходити вагінальне обстеження [1, 7]. Однак ректальне обстеження може виявити загальну чутливість, чутливі ділянки вздовж матково-крижових зв'язок, прямокишково-вагінальної перегородки або тазових утворень. Для тих пацієнток, які жили статевим життям, необхідно провести вагінальний огляд, під час якого виконується бімануальне обстеження матки для визначення її розмірів, структури, положення, рухомості, наявності болючості та утворів. Придатки та матково-крижові зв'язки також слід оглянути для визначення наявності чутливості [7]. Обов'язковим моментом є огляд шийки матки та піхви в дзеркала, дослідження дозволяє оцінити характер виділень, а також виявити анатомічні аномалії, такі як вагінальна перегородка.

Первинна дисменорея. Первинна дисменорея часто починається через 6-12 місяців після менархе, коли менструальні цикли стають овуляторними [3]. Біль при первинній дисменореї зазвичай

посилюється в перший день менструального циклу і зменшується протягом 2-3 днів. Також може спостерігатись іррадіація в поперекову або стегнову ділянку. Інші супутні симптоми можуть включати нудоту, блювоту, здуття живота та мігрень, що пов'язано з впливом простагландинів [3]. При цьому пацієнтки з первинною дисменореєю, як правило, не будуть мати патологічних знахідок під час огляду.

Лікування

Лікування первинної дисменореї включає немедикаментозні, медикаментозні та хірургічні методи.

Немедикаментозне лікування. Незважаючи на обмеженість високоякісних доказів щодо немедикаментозного лікування пацієнток із первинною дисменореєю, все ж можна розглянути кілька його варіантів [8].

Теплотерапія. У декількох дослідженнях було показано, що місцеве нагрівання нижньої частини живота зменшує інтенсивність болю порівняно з плацебо [9]. Вважається, що місцеве тепло активує терморцептори та зменшує реакцію на ноцицептори, а отже, зменшує больові сигнали до мозку.

Фізичні вправи. Хоча є обмежені докази користі фізичних вправ, більшість дослідників сходяться на думці, що вони навряд чи будуть шкідливими та можуть принести користь фізичному здоров'ю. При дослідженні вправ різної інтенсивності було показано, що вправи низької інтенсивності приносять найбільшу користь у зменшенні симптомів дисменореї та покращують загальну якість життя [9]. До таких вправ відносяться йога і розтяжка.

Черезшкірна електростимуляція нервів/акупунктура/традиційна китайська медицина. Існують деякі докази ефективності використання черезшкірної електростимуляції нервів і акупунктури для полегшення симптомів дисменореї. Однак результати досліджень обмежені невеликими вибірками [7, 8, 10]. Подібним чином традиційна китайська медицина також показала певну користь у невеликих дослідженнях. Проте докази, що оцінюють побічні ефекти цих методів, обмежені [11]. Пацієнткам, які бажають спробувати ці варіанти, слід давати застережні поради, оскільки дані щодо їх ефективності та побічних ефектів обмежені.

Дієта. Певні добавки, такі як імбир, риб'ячий жир, магній і вітамін В₁, можуть мати потенціал для полегшення симптомів дисменореї [12]. Однак докази обмежені невеликими дослідженнями.

Психологічні інтервенції

Поведінкові методики, такі як біологічний зворотний зв'язок, а також когнітивно-поведінкова терапія, така як навчання релаксації та десенсибілізація, можуть використовуватися як доповнення до фармакологічного лікування [1].

Медикаментозне лікування. Нестероїдні протизапальні засоби

НПЗП є препаратами першої лінії терапії при дисменореї, оскільки вони демонструють більшу ефективність, ніж парацетамол [13]. НПЗП пригнічують циклооксигеназний шлях, запобігаючи утворенню простагландинів [2]. Кокранівський огляд не виявив переваги між різними НПЗЗ; тому лікарям рекомендується вибирати найбільш економічно ефективний варіант, як правило, ібупрофен або мефенамінову кислоту [13]. Для досягнення максимальної ефективності пацієнтки повинні приймати НПЗП за 1-2 дні до початку менструального циклу. Якщо в пацієнтки нерегулярні менструальні цикли і вона не може передбачити дату початку, НПЗЗ слід приймати в перший день менструального циклу та припинити, коли симптоми зникають, як правило, приблизно на 2-3-й день [2]. Пацієнткам можна порадити приймати навантажувальну дозу з подальшим регулярним дозуванням, оскільки було показано, що це покращує симптоми дисменореї більшою мірою порівняно зі звичайним режимом дозування [2]. НПЗЗ слід приймати під час їди, щоб зменшити ризик побічних ефектів із боку шлунково-кишкового тракту. Уникайте застосування НПЗЗ у пацієнок із такими супутніми захворюваннями, як астма, виразкова хвороба, серцево-судинні захворювання або порушення функції нирок. Специфічні інгібітори ізоформи циклооксигенази 2 (ЦОГ-2) можуть бути використані в пацієнок із виразковою хворобою [8].

Гормональне лікування. Гормональне лікування, яке можна розглянути, включає комбіновану гормональну контрацепцію і контрацептиви, що містять тільки прогестини, зокрема депо медросипрогестерону ацетат, та внутрішньоматкову систему, що вивільняє левоноргестрел.

Комбінована гормональна контрацепція, яка включає комбіновані оральні контрацептиви та пластир, може бути використана як лікування другої лінії в тих пацієнок, хто не відповідає або не може переносити НПЗП. Однак це може бути лікуванням першої лінії для тих, хто потребує супутньої контрацепції. Гормони, що вивільняються, пригнічують овуляцію та зменшують зростання ендометрія, тим самим зменшуючи секрецію простагландинів [2, 14].

Доведено, що комбінована гормональна контрацепція зменшує біль, але різниці між різними препаратами не виявлено [14]. При застосуванні в безперервних або розширених режимах комбінована гормональна контрацепція може привести до покращеного контролю болю порівняно з традиційним циклічним режимом [1, 15], тому доцільно розглянути можливість переходу пацієнтки на безперервний або розширений режим, якщо під час циклічної терапії в неї не спостерігається покращення симптомів [15].

Прогестагенові контрацептиви можуть полегшити біль, викликаючи зменшення ендометрія. Цей варіант особливо корисний для пацієнок із протипоказаннями до естрогенового компонента комбінованих гормональних контрацептивів, такими як високий індекс маси тіла (ІМТ) або ризик тромбозу [1, 2].

Хірургічні варіанти. Більшість жінок відчують покращення симптомів при використанні нефармакологічного або фармакологічного лікування. Однак тих пацієнок, у яких не спостерігається покращення, слід скерувати до гінеколога для подальшого обстеження та проведення хірургічного лікування в разі потреби. На сьогодні повідомляється про дві основні хірургічні методики: видалення матково-крижового нерва та пресакаральна нейректомія. Хоча обидві операції можуть бути виконані лапароскопічно, вони не є поширеними процедурами. Докази на підтримку цих підходів у довгостроковій перспективі обмежені, окрім цього, повідомляється про значні побічні ефекти [1, 8].

Подальший менеджмент при первинній дисменореї. Пацієнок із первинною дисменореєю слід спостерігати за відповіддю на лікування, оскільки це підтвердить діагноз. Якщо протягом 3-6 місяців лікування не спостерігається покращення симптомів, клініцист повинен оцінити прихильність до лікування та вторинні причини дисменореї [8]. Рекомендується проведення візуалізації органів малого таза.

Дисменорея і настрій. Було показано, що дисменорея пов'язана з психологічними розладами, такими як депресія та тривога [5]. При цьому цей зв'язок може бути двоскерованим [3]. Дисменорея може сприяти розвитку психологічних розладів через біль. І навпаки, пацієнтки із супутніми психологічними розладами можуть мати більшу чутливість до болю, посилюючи дисменорею. Тому важливо дослідити вплив дисменореї на психічне благополуччя пацієнтки з відповідним подальшим спостереженням і підтримкою психолога.

Вторинна дисменорея. Вторинна дисменорея зазвичай починається через декілька років після менархе [3]. Дану патологію можна розділити на таку, що викликана гінекологічними та негінекологічними причинами (табл. 2). Ендометріоз і аденоміоз є найпоширенішими гінекологічними причинами. Серед негінекологічних причин найбільш часто трапляється патологія сечостатевої системи, шлунково-кишкового тракту або опорно-рухового апарату.

Ультразвукове дослідження органів малого таза є початковим методом вибору для визначення гінекологічних причин вторинної дисменореї [8]. При цьому перевагу слід віддавати трансвагінальному методу ультразвукового сканування. Пацієнтки з підозрою або діагностованою вторинною дисменореєю мають бути скеровані до спеціаліста акушера-гінеколога для консультації та подальшого менеджменту.

Таблиця 2. Причини вторинної дисменореї та їх характеристика

Стан	Анамнез	Обстеження	Діагностика
Ендометріоз	Циклічний або нециклічний біль, пов'язаний із глибокою диспареунією, дисхезією (болем у прямій кишці під час дефекації), гематохезією, дизурією, проблемами з фертильністю. Фактор ризику: сімейна історія ендометріозу	Чутливість при пальпації матки та придатків Пухлиноподібні утвори в ділянці придатків	Трансвагінальна сонографія органів малого таза Діагностична лапароскопія з біопсією (золотий стандарт)
Аденоміоз	Пов'язаний із менорагіями, міжменструальними кровотечами	Збільшена, об'ємна матка, болюча при пальпації	Трансвагінальна сонографія органів малого таза
Лейоміома матки	Субмукозний тип вузлів, пов'язаний із менорагією. Рідко викликає затримку сечі	Збільшена матка неправильної форми	Трансвагінальна сонографія органів малого таза
Запальні захворювання тазових органів	Більша ймовірність появи хронічного болю внаслідок тазових зрощень і, як наслідок, зниження фертильності. Гострі випадки можуть супроводжуватися лихоманкою, аномальними слизово-гнійними виділеннями з піхви, але можуть бути безсимптомними. Факторами ризику є сексуально активні особи, численні статеві партнери, запальні захворювання тазових органів в анамнезі	Болючість матки та/або придатків при пальпації Біль при рухах за шийки матки	Вагінальний мазок для оцінки наявності інфекції <i>Chlamydia trachomatis</i> або <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Трансвагінальна сонографія органів малого таза
Аномалії розвитку тазових органів	Циклічний тазовий біль одразу з початком менархе. Можливі нерегулярні менструальні цикли	Аномалії розвитку тазових органів	Трансвагінальна сонографія органів малого таза Магнітно-резонансна томографія
Інтерстиціальний цистит	Пов'язаний із симптомами сечовипускання, наприклад невідкладність, часте сечовипускання	Огляд органів малого таза в межах норми	Аналіз сечі Цистоскопія
Захворювання шлунково-кишкового тракту	Пов'язаний із шлунково-кишковими симптомами, наприклад кривавий стілець, закрепи, втрата ваги	Огляд органів малого таза в межах норми	Колоноскопія
Захворювання опорно-рухового апарату	Активні заняття спортом Травми в анамнезі	Вогнищева болючість на черевній стінці Проба Карнетта може бути позитивною	Не потребують

Висновки

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Дисменорея може негативно вплинути на якість життя жінки. Лікарі першого контакту мають хороші можливості для проактивного вивчення симптомів і забезпечення відповідного навчання та лікування пацієнок.
2. При початковій оцінці дисменореї важливо визначити, первинна чи вторинна вона за своєю природою. Якщо є підозра на вторинну дисменорею, пацієнтку слід скерувати до гінеколога для подальшого обстеження.
3. Холістичний підхід до пацієнок із дисменореєю включає симптоматичне лікування, а також розгляд психосоціальних проблем, які часто супроводжують дисменорею.
4. НПЗП є рекомендованим препаратом першої лінії при лікуванні первинної дисменореї.
5. У пацієнок із первиною дисменореєю слід розглянути питання про скерування до гінеколога, якщо симптоми не покращуються після трьох менструальних циклів лікування, оскільки в таких пацієнок частіше діагностується органічна причина.

Список використаної літератури

1. Burnett M, Lemyre M. No. 345-primary dysmenorrhea consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39:585-95.
2. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: An update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13:2157-70.
3. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: A critical review. *Hum Reprod Update.* 2015;21:762-78.
4. Agarwal A, Venkat A. Questionnaire study on menstrual disorders in adolescent girls in Singapore. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009;22:365-71.
5. Bajalan Z, Moafi F, MoradiBaglooei M, Alimoradi Z. Mental health and primary dysmenorrhea: A systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40:185-94.
6. Chen CX, Shieh C, Draucker CB, Carpenter JS. Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea. *J Clin Nurs.* 2018;27:e301-8.
7. Ryan SA. The treatment of dysmenorrhea. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64:331-42.
8. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018;132:e249-58.
9. Armour M, Smith CA, Steel KA, Macmillan F. The effectiveness of self-care and lifestyle interventions in primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med.* 2019;19:22.
10. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;2002:CD002123. doi: 10.1002/14651858.CD002123.
11. Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Smith CA, Wu E. Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;2007:CD005288. doi: 10.1002/14651858.CD005288.pub2
12. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkamhang US, Barnes J, Seyfoddin V, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD002124. doi: 10.1002/14651858.CD002124.pub2.
13. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015:CD001751. doi: 10.1002/14651858.CD001751.pub3.
14. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2009:CD002120. doi: 10.1002/14651858.CD002120.pub3.
15. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014:CD004695.

DYSMENORRHEA — DIAGNOSIS AND TREATMENT IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

S.O. Shurpyak

Abstract

The article provides the main provisions and clinical approaches to the management of women with dysmenorrhea. In particular, modern classification, methods of diagnosis and treatment are presented. Recommendations for differential diagnosis of this pathology for family doctors are given. Modern principles of therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs, hormonal drugs and non-medicinal methods are outlined.

Keywords: dysmenorrhea, primary dysmenorrhea, secondary dysmenorrhea, pelvic pain, hormonal therapy, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Для цитування: Шурпяк СО. Дисменорея — діагностика та лікування в практиці сімейного лікаря. Практикуючий лікар, 2024. No 1, с. 52-56. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-1.52.

Адреса для листування: Шурпяк Сергій Олександрович, shurpyak_serhiy@yahoo.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна.

Інформація про авторів: Шурпяк Сергій Олександрович, д-р мед. наук, професор кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID:0000-0002-5445-6375.

Особистий внесок: Шурпяк С.О. — написання статті.

Фінансування: Немає джерел фінансування.

Декларація: Немає конфлікту інтересів.

Проходження статті: Надійшла до редакції 08.01.2024 р., прийнята на друкування 11.01.2024 р., надрукована 29.03.2024 р.

For citation: Shurpyak SO. Dysmenorrhea — diagnosis and treatment in the practice of a family doctor. *The Practitioner,* 2024. No 1, p. 52-56. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-1.52.

Correspondence address: Shurpyak S, shurpyak_serhiy@yahoo.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska str., 69, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Shurpyak Serhiy MD, PhD, professor of the department of family medicine Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID:0000-0002-5445-6375.

Personal contribution: Shurpyak SO — writing an article.

Funding: No sources of funding.

Declaration of Ethics: No conflict of interest.

Article: Received 08.01.2024, accepted 11.01.2024, published 29.03.2024.