

Дисменорея

Е.А. Межевитинова, В.Н. Прилепская

Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии РАМН, (директор – академик, проф. Кулаков В.И.)

Дисменорея представляет собой циклический патологический процесс, при котором в дни менструации появляются выраженные боли внизу живота. Боль может сопровождаться резкой общей слабостью, тошнотой, рвотой, головной болью, головокружением, отсутствием аппетита, сухостью во рту, слюнотечением, вздутием живота, ощущением "ватных" ног, обмороками и другими эмоциональными и вегетативными расстройствами, повышением температуры тела до 37-38°C с ознобом. Иногда, ведущим симптомом может быть одна из выше перечисленных жалоб, которая больную беспокоит больше, чем боль. Сильная боль истощает нервную систему, способствует развитию астенического состояния, снижает память и работоспособность.

По данным различных исследователей частота дисменореи составляет от 8 до 92%, при этом зачастую статистически учитываются только те случаи дисменореи, которые сопровождаются ухудшением общего состояния женщины и снижают нормальный уровень ее активности, или требуют медицинского вмешательства.

Дисменорею принято подразделять на первичную и вторичную. При первичной дисменорее у женщин, как правило, отсутствуют патологические изменения половых органов. При вторичной дисменорее, появление боли внизу живота во время менструации связано с различными, чаще всего гинекологическими заболеваниями. Вторичная дисменорея является симптомом ряда заболеваний, чаще всего эндометриоза, воспалительных заболеваний органов малого таза, аномалий развития внутренних половых органов, варикозного расширения тазовых вен, пристеночных или вен в области собственной связки яичников и др.

Первичная дисменорея обычно появляется у женщин в подростковом возрасте через 1-3 года после менархе, с началом овуляции. Среди всех причин отсутствия девочек в школе дисменорея занимает первое место (15, 17).

В первые годы заболевания боли во время менструации бывают обычно терпимыми, кратковременными и не влияют на работоспособность. С течением времени может наблюдаться усиление болей, увеличение их продолжитель-

ности, появление новых симптомов, сопровождающих боль. Боли, как правило, начинаются за 12 часов до или в первый день менструального цикла и продолжаются на протяжении первых 2-42 часов или в течение всей менструации. Боли часто бывают схваткообразного характера, но могут носить ноющий, дергающий, распирающий характер, могут иррадиировать в прямую кишку, область придатков, мочевой пузырь. В клинической картине дисменореи выделяют компенсированную и некомпенсированную формы. При компенсированной форме заболевания выраженность и характер патологического процесса в дни менструаций на протяжении времени не изменяется. При некомпенсированной форме - у больных интенсивность боли с каждым годом нарастает.

Вторичная дисменорея обусловлена органическими изменениями в органах малого таза. Она, как правило, возникает через несколько лет после начала менструаций, а боли могут появляться или усиливаться за 1-2 дня до начала менструации. Вторичная дисменорея, в отличие от первичной, возникает чаще всего у женщин после 30 лет. Одной из наиболее частых причин развития вторичной дисменореи является воспалительный процесс в органах малого таза и эндометриоз. Дисменорея может быть вызвана также использованием внутриматочной спирали (8). Дисменорея при заболеваниях внутренних половых органов возникает как следствие нарушения кровотока, спазма гладкой мускулатуры, растяжение стенок полых органов, чрезмерным раздражением нервных элементов при сокращениях матки, воспалительных изменений в органах и тканях, эндометриоза, аномалиями развития и т. д. (11, 12, 15)

Этиология первичной дисменореи не ясна. Существует несколько теорий ее развития. В разное время происхождение дисменореи объясняли разными факторами, как физиологическими, так и психологическими (13).

В настоящее время большинство исследователей связывают возникновение первичной дисменореи с высоким уровнем простагландина F2α и E2 и/или увеличение значения соотношения ПГФ2α/ПГЕ2 в менструальном эндометрии. То, что во время лютеиновой фазы, эндометрий секреторирует

простагландины не вызывает сомнений. ПГЕ2 и ПГФ2 α являются мощными стимуляторами сократительной деятельности миомерия (1).

Для возникновения болевого ощущения необходимо раздражение нервных окончаний биологически активными веществами, главным образом из группы кининов, простагландинов а также некоторыми йонами (K,Ca), в норме находящимися внутри клеток (6). При действии повреждающих факторов, нарушающих проницаемость мембран, эти вещества попадают в межклеточные пространства и раздражают расположенные здесь нервные окончания.

Во время менструации, нарушается целостность мембран клеток эндометрия, и биологически активные вещества из клеток выходят в межклеточное пространство (4). Отторжение ткани ведет к увеличению их содержания в менструальной крови. Высокий уровень простагландинов ведет к усилению сократительной активности матки, спазму сосудов и локальной ишемии. Нарушение гемодинамики малого таза в виде гипертензии и спазма сосудов или длительной вазодилатации и венозного застоя, способствует гипоксии клеток, накоплению алогенных веществ, раздражению нервных окончаний и возникновению боли (4, 5). Усилению боли также способствует накопление в тканях солей калия и высвобождение свободного активного кальция (2). Активность маточной мускулатуры характеризуется высоким активным и остаточным давлением и зависит во многом от концентрации свободного кальция в цитоплазме. Дисфункция мускулатуры матки объясняется изменением содержания свободного активного кальция. Повышение уровня свободного кальция в матке стимулирует образование простагландинов F2 α , причем данный процесс гормонозависим. Под влиянием увеличенной концентрации простагландинов в крови и накопления солей калия и кальция в тканях, может возникать ишемия других органов и тканей, что приводит к экстрагенитальным нарушениям в виде головной боли, рвоты, диареи, болей в сердце, тахикардии и т.д. Введение препаратов антипростагландинового действия приводит к выраженному уменьшению интенсивности болей почти у 80% женщин с дисменореей (11, 12).

Ингибиторы простагландин - синтетазы считаются эффективными препаратами для женщин при лечении дисменореи (4, 11, 12, 13, 15). Наиболее широко распространены ингибиторы простагландинсинтетазы - нестероидные противовоспалительные средства: аспирин, индометацин, ибупрофен, мефенамовая кислота, напроксен и др.

Аспирин будучи мягким ингибитором циклооксигеназы, помогает лишь некоторым больным. Ацетоменафен (парацетомол) и пиридоксин также недостаточно эффективны в большинстве случаев.

При лечении первичной альгодисменореи используются также зомепирак, фентиазак, флюбипрофеном, диклофенак, кетопрофен, пироксикам, **Раптен Рапид** и т.д.

Обычно нестероидный противовоспалительный препарат назначают перорально с 1-го дня менструального цикла до полного прекращения боли. Схема назначения следующая: при появлении боли 1 таблетка, каждые последующие 3-6 часов - по 1 таблетке до полного исчезновения боли, либо с момента начала боли - двойная доза (2 таблетки), затем по 1 таблетке 3-4 раза в день до полного купирования боли.

Ингибиторы простагландин синтетазы понижают содержание простагландинов в менструальной крови и купируют дисменорею. Эти препараты сами обладают анальгезирующим действием и целесообразность их применения в течение первых 48-72 часов после начала менструации определяется тем, что, как показали исследователи, простагландины выделяются в менструальную жидкость в максимальных количествах в первые 48 часов менструации. Антипростагландиновые препараты быстро всасываются и действуют в течении 2-6 часов. Большинство из них необходимо принимать 1-4 раза в день в первые несколько дней менструации.

Существует также и профилактический вариант применения этих препаратов: за 1-3 дня до предполагаемой менструации по 1 таблетке 2-3 раза в день. Курс лечения, как правило, длится в течение 3 менструальных циклов. Эффект от нестероидных противовоспалительных препаратов, как правило, сохраняется в течение 2-4 месяцев после их отмены, затем боль возобновляется, но бывает менее интенсивной.

В нашей практике мы широко используем препарат **Раптен Рапид** у пациенток с дисменореей в качестве профилактической и основной терапии. **Раптен Рапид** - это калиевая соль диклофенака. Диклофенак калия является дериватом фенил уксусной кислоты, принадлежит к нестероидным противовоспалительным препаратам и используется с 1983 г. Препарат **Раптен Рапид** обладает выраженным противовоспалительным, анальгетическим и жаропонижающим действием. После его введения в кровь попадает только активное вещество - диклофенак, катионы калия остаются в желудочнокишечном тракте и выводятся с калом. **Раптен Рапид** быстро всасывается и проявляет свое действие уже через 30 мин. Выводиться из организма данный препарат, в основном, с мочой в свободной и конъюгированной форме. 30-35% введенной дозы выводиться с желчью. Главным механизмом действия **Раптен Рапида** является ингибирующий эффект на циклооксигеназу, которая способствует превращению арахидоновой кислоты в простагландин.

Кроме этого, уменьшая высвобождение медиаторов воспаления из гранулоцитов, базофильных клеток и мастоцитов, данный препарат тормозит процесс воспаления, понижает чувствительность кровеносных сосудов к брадикинину и гистамину, ингибирует синтез протромбина и агрегацию тромбоцитов.

В научно-поликлиническом отделении Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии РАМН наблюдалось 52 пациентки, предъявляющие жалобы на болезненные менструации. Все женщины были в возрасте от 16 до 39 лет. Средний возраст составил $26.04 \pm 6,39$ лет. 17 (32,6%) женщин были астенического телосложения, 33 (63,5%) - нормостенического и 2 (3,9%) - гиперстенического телосложения. Длительность заболевания составила от 6 мес до 12 лет. Средняя длительность заболевания составила $4.42 \pm 2,46$ лет. У 28 женщин из 52 (53,85%) терапия дисменореи ранее не проводилась. Остальные - использовали анальгин - 25%, баралгин - 7,69%, но-шпу - 9,62% и индометацин - 3,85%. Хорошую эффективность предыдущей терапии отмечало всего лишь 9,62% женщин, удовлетворительную - 1,92%. Терапия была малоэффективна у 32,6% пациенток. Сильная генерализованная боль отмечалась у 19 (36,54%) пациенток, умеренная - у 33 (63,46%). Кровянистые выделения во время менструации были выраженные у 13 (25%) пациенток, умеренные - у 31 (59,62%) и скудные у 8 (15,38%). Выраженное ограничение активности из-за появления боли отмечалось у 5 (9,62%) пациенток, умеренное - у 32 (61,54) и незначительное - у 15 (28,85%) женщин.

Все женщины были разделены на 2 группы. В первую группу вошло 27 пациенток, которым был назначен препарат **Раптен Рапид** с терапевтической целью по следующей схеме: в первый день приема препарата - по 2 таблетки 2 раза в день. Максимальная доза препарата **Раптен Рапид** в первый день приема - 4 таблетки (200 мг), минимальный период между приемами препарата - 4 часа; во второй день приема - по 1 таблетке 2-3 раза в день. Максимальная доза препарата во второй день приема - 3 таблетки (150 мг), минимальный период между приемами препарата - 4 часа. Третья таблетка **Раптен Рапида** принимается при необходимости; в третий день приема препарата - 1 таблетка - на прием 1-3 раза в день. Максимальная доза препарата **Раптен Рапид** в третий день приема - 3 таблетки (150 мг), минимальный период между приемами препарата - 4 часа. Вторую и третью таблетки данного препарата принимают при необходимости.

Во 2 группу вошло 25 пациенток, которым был назначен препарат **Раптен Рапид** с профилактической целью. При профилактическом варианте препарат назначался за 2-3 дня до предполагаемого появления боли по 1 таблетке 2-3 раза в день.

Длительность терапии дисменореи составляла 3 цикла.

Среди пациенток 1 группы очень сильную генерализованную боль, ограничивающую работоспособность женщины, отмечало 13 (48,15%) пациенток, умеренную - 14 (51,85%). Выраженные кровянистые выделения во время менструации отмечало 7 (25,93%) женщин, умеренные - 17 (62,96%), скудные - 3 (11,11%) женщин. Выраженное ограничение активной деятельности во время появления боли было у 2 пациенток (7,41%), умеренное - у 21 (77,78%) и незначительное - у 4 (14,81%) женщин.

Анализируя результаты лечения в группе женщин, получающих **Раптен Рапид** с терапевтической целью, было выявлено, что уже после приема 1 дозы препарата (100 мг) характер боли изменился у всех пациенток. Если до назначения лечения сильную генерализованную боль отмечало 13 женщин и умеренную - 14 пациенток данной группы, то после начала приема препарата сильной генерализованной боли не было ни у одной пациентки, сильную боль - отмечало 8 (29,63%) пациенток и умеренную - 19 (70,37%). После приема 2 дозы **Раптен Рапида** 6 пациенток (22,22%) данной группы отметило исчезновение боли, у 21 (77,78%) боль сохранялась, однако стала менее выраженная. Во 2 день лечения сильную боль отмечало 9 (33,3%) пациенток, слабую - 18 (66,67%). У 24 (88,89%) пациенток менструальные выделения были умеренные, у 3 (11,11%) скудные. Прием 3 дозы препарата был необходим 23 пациенткам (85,19%). На 3 день приема препарата незначительную боль отмечало 13 пациенток (48,15%), 14 женщин (51,85%) отмечало исчезновение боли. 2 дозы препарата понадобилась 20 (74,07%) пациенткам, 3-я - 15 (55,56%). Выраженность менструальных кровянистых выделений уменьшилась у 2 пациенток (7,41%), не изменилась - у 25 (92,59%).

Терапия раптеном оказалась эффективной в первом цикле использования препарата у 18 (66,67%) пациенток, малоэффективной - у 8 (29,63%) и не эффективной - у 1 (3,70%). Длительность менструации не изменилась ни у одной пациентки. Интенсивность менструальных кровянистых выделений уменьшилась у 4 женщин (14,81%), у остальных осталась такой же.

Анализ результатов 2 цикла терапии показал, что генерализованная сильная боль до назначения терапии осталась у 7 пациенток (25,93%), умеренная - у 20 (74,07%). Выраженную кровопотерю отмечала 1 пациентка (3,70%). Умеренные менструальные кровянистые выделения были у 25 женщин (92,59%), скудные у 1 (3,70%). Выраженного ограничения активности не отмечалось ни у одной пациентки, умеренное у 19 (70,37%), незначительное - у 8 (29,63%) женщин.

Уже после приема 1 дозы препарата (100 мг) в 1-ый день лечения 2-го цикла характер боли

изменился также у всех пациенток: после начала приема препарата сильной генерализованной боли не было ни у одной пациентки, сильную боль - отмечало 2 (7.41%) пациенток и умеренную - 25 (92.59%). После приема 2 дозы **Раптен Рапида** 10 пациенток (37.04%) данной группы отметили исчезновение боли, у 17 (62.96%) боль сохранялась, однако стала менее выраженная. Во 2 день лечения сильную боль отмечало 3 (11.11%) пациенток, слабую - 24 (88.89%), у 21 (77.78%) пациенток менструальные выделения были умеренные, у 6 скудные (22.22%). Прием 3 дозы препарата был необходим 20 пациенткам (74.07%). На 3 день приема препарата незначительную боль отмечало 9 пациенток (33.33%). У 18 женщин (66.67%) боль отсутствовала. 2 доза препарата понадобилась 9 (33.33%) пациенток, 3-я - 8 (29.63%). Выраженность менструальных кровянистых выделений уменьшилась у 7 пациенток (25.93%), не изменилась - у 20 (74.07%). Терапия раптенон в 2 цикле его применения оказалась эффективной у 19 (70.38%) пациенток, малоэффективной - у 7 (25.93%) и не эффективной - у 1 (3.70%). Длительность менструального цикла не изменилась ни у одной пациентки. Продолжительность менструации сократилась у 2 (7.41%) женщин. Интенсивность менструальных кровянистых выделений уменьшилась у 11 женщин (14.81%), у остальных осталась такой же.

Анализ результатов 3 цикла терапии показал, что генерализованная сильная боль до назначения осталась у 2 пациенток (7.41%), умеренная - у 25 (92.59%). Выраженной кровопотери отмечено не было. Умеренные менструальные кровянистые выделения были у 18 женщин (66.67%), скудные у 9 (3.70%). Выраженного ограничения активности не отмечалось ни у одной пациентки, умеренное - у 10 (37.04%), незначительное - у 17 (62.96%) женщин.

После приема 1 дозы препарата (100 мг) в 1-ый день лечения 3-го цикла у всех пациенток данной группы боль была умеренной. После приема 2 дозы **Раптен Рапида** 19 пациенток (70.37%) данной группы отметило исчезновение боли, у 8 (29.63%) незначительные болевые ощущения сохранялись. Во 2 день лечения у всех женщин болевые ощущения были незначительными. У 12 (44.44%) пациенток менструальные выделения были умеренные, у 15 - скудные (55.56%). Прием 3 дозы препарата был необходим 11 пациенткам (40.74%). На 3 день приема препарата незначительную боль отмечало 5 пациенток (18.52%). У 22 женщин (81.48%) боль отсутствовала. 2 доза препарата понадобилась 7 (25.93%) пациенткам, 3-я - 5 (18.52%). Выраженность менструальных кровянистых выделений уменьшилась у 11 пациенток (40.74%), не изменилась - у 16 (59.26%).

Терапия раптенон в 3 цикле его применения оказалась эффективной у 22 (81.48%) паци-

енток, малоэффективной - у 5 (25.93%). Длительность менструального цикла не изменилась ни у одной пациентки. Продолжительность менструации сократилась у 2 (7.41%) женщин. Интенсивность менструальных кровянистых выделений уменьшилась у 11 женщин (14.81%). у остальных осталась такой же.

Возникновение побочных эффектов при использовании **Раптен Рапида** было отмечено у 3 женщин (11.11%). 2 женщины (7.41%) отмечали появление тошноты и 1 (3.70%) пациентка - боли в эпигастрии. Эти побочные эффекты не носили выраженного характера и не требовали отмены препарата.

Во 2 группу пациенток вошли 25 женщин, использующих профилактический вариант терапии дисменореи. Из всех больных данной группы очень сильную генерализованную боль во время менструации отмечало 6 (24%) пациенток, умеренную - 19 (76%) женщин. Выраженные кровянистые выделения во время менструации отмечало 6 (24%) пациенток, умеренные - 14 (56%), скудные - 5 (20%) женщин. Выраженное ограничение активной деятельности во время появления боли отмечало 3 женщины (12%), умеренное - 11 (44%) и незначительное - 11 (44%) пациенток.

Всем женщинам этой группы **Раптен Рапид** назначали за 2-3 дня до предполагаемого начала менструации по 1 таблетке 2-3 раза в день.

Анализ результатов лечения выявил следующее:

Появление боли отмечали все женщины данной группы, однако она была менее интенсивной, чем обычно. При 1-ом цикле использования **Раптен Рапида** очень сильную генерализованную боль отмечала всего лишь 1 пациентка (4%), достаточно сильную - 3 (12%) и умеренную - 21 женщина (84%). После приема 2 таблеток **Раптен Рапида** с интервалом 4-8 часов наличие умеренной боли отметило 20 (80%) пациенток. На следующий день лечения появление очень сильной генерализованной боли не отмечала ни одна пациентка, достаточно сильную боль - 4 (16%) женщины и слабую - 21 (84%). Кровянистые выделения у 19 (76%) женщин были умеренные и у 6-скудные. Большинству женщин прием 3-ей дозы препарата был необходим (80%). На 3-ий день от начала появления боли у 10 женщин (40%) боль отсутствовала и у 15 (60%) - оставалась. Прием 3-ей дозы препарата был необходим 17 (68%) пациенткам. Выраженность кровянистых выделений уменьшилась у 5 (20%) женщин и у 20 (80%) - не изменилась. Профилактический вариант назначения терапии **Раптен Рапидом** оказался эффективен у 15 (60%) женщин уже в первом цикле лечения, мало эффективным - у 10 (40%).

Анализ результатов 2 цикла профилактического использования препарата показал, что достаточно сильную боль в данном цикле отмечало 4 пациентки (16%), умеренную - 21 (84%),

выраженные кровянистые выделения - 1 (4%), умеренные 17 (68%), скудные - 7 (28%) пациенток. На умеренное ограничение активности указывало 10 (40%) пациенток, незначительное - 15 (60%). Выраженного ограничения работоспособности не было ни у одной женщины. В день появления боли, после приема 1-ой таблетки (50 мг) достаточно сильную боль отмечало 2 женщины (8%), умеренную 23 (92%). После приема 2 таблетки у большинства (17-68%) женщин боль отсутствовала, умеренную боль отмечало всего лишь 8 (32%) пациенток, которым понадобилась 3-я доза препарата. На 2-ой день после появления боли, достаточно сильную ее интенсивность отметила 1 пациентка (4%), слабую - 23 (92%) и у 1 пациентки болевые ощущения отсутствовали (4%). Умеренные кровянистые выделения были у 14 (56%) женщин, скудные - у 11 (44%). Прием 3-ей дозы препарата **Раптен Рапид** понадобился у 17 (68%) женщин. На 3-ий день возникновения боли болевые ощущения отсутствовали у большинства пациенток (84%), 4 пациентки (16%) их отмечали. Выраженность кровянистых выделений уменьшилась у 9 (36%) пациенток и не изменились у 16 (64%). Прием 2-3 дозы препарата понадобился 9 пациенткам (36%). У 4 пациенток боль осталась (16%). Хорошую эффективность во 2 цикле приема отметило 22 (88%) женщин.

Анализируя результаты 3-го цикла профилактического варианта лечения дисменореи **Раптен Рапидом** было выявлено, что у всех женщин боль была умеренная, умеренные кровянистые выделения отмечались у 9 (36%) пациенток, скудные - у 16 (64%). Ограничение активности у 5 женщин (20%) было умеренное, у остальных не значительное. После приема 1 таблетки болевые ощущения стали слабее у всех женщин, после 2 - боль осталась только у 7 женщин (28%), которым понадобилось назначение 3-ей дозы. На следующий день достаточно сильную боль отмечала 1 пациентка (4%), у 23 (92%) - болевые ощущения были слабые. Кровянистые выделения были умеренными у 7 (28%) пациенток и 18 - скудными. Прием 2 и 3 ей дозы препарата потребовался 22 (88%) и 13 (52%) женщинам соответственно. На 3-ий день появления боли большинство пациенток болевых ощущений не отмечало (84%). Прием 2-3 дозы был необходим у 4 (16%) женщин. Выраженность кровотечения уменьшилась у 12 (48%) пациенток, продолжительность - у 7 (28%).

Побочных реакций при профилактическом использовании **Раптен Рапида** не наблюдалось ни у одной пациентки

Эффективность лечения дисменореи составила 60% в 1 цикле использования препарата и 88% в 3-ем цикле.

Таким образом, препарат **Раптен Рапид** является эффективным и приемлемым препа-

ратом при лечении дисменореи. Существует 2 варианта использования данного препарата: терапевтический, когда он назначается в 1-ый день появления боли и профилактический, при его назначении за 1-2 дня до появления болевых ощущений. Эффективность 1-ого варианта лечения составляет 66% после 1 цикла использования и 84% после третьего. Эффективность 2-го варианта лечения составляет 60% после 1-го цикла его использования и 88% - после третьего. Кроме того, **Раптен Рапид** не изменяет длительность менструального цикла, у 51%-92,31% женщин снижает продолжительность и интенсивность кровянистых выделений. Это снижение более выражено при профилактическом варианте назначения данного препарата. Побочные эффекты, в виде тошноты и боли в эпигастральной области, наблюдались лишь у 3 (11%) женщин, использующих терапевтический вариант лечения, были слабовыраженными и отмены препарата не требовали.

Данный препарат может быть рекомендован для лечения дисменореи.

Однако, безусловно, в определении **правильной тактики** ведения больных с дисменореей, основное значение имеет **правильная диагностика** ее причин (в основном это относится к вторичным формам заболевания, которые обусловлены органической патологией репродуктивной системы, нередко требующей оперативного лечения).

Менструальные боли, как указывалось выше, причиной которых не являются органические поражения, рассматриваются как первичная дисменорея, а связанные с поражениями или заболеваниями органической природы - как вторичная дисменорея. Ввиду того, что нестероидные противовоспалительные анальгетики иногда уменьшают выраженность некоторых симптомов, связанных с органической патологией, возможны затруднения при постановке диагноза. Если врач полагает, что боли вызваны только менструацией, следует собрать тщательный анамнез с целью выявления заболеваний. Если назначенное лечение приводит к полному исчезновению симптомов, другие исследования в дальнейшем не требуются. Если же и оно не дает положительных результатов, следует произвести лапароскопию. Однако, при подозрении на патологию органического характера при резко выраженной симптоматике (больная вынуждена соблюдать постельный режим и не ходить на работу несколько дней ежемесячно) единственным способом постановки правильного диагноза является проведение лапароскопии. Если лапароскопическое исследование обнаруживает начальные явления эндометриоза, то гетеротопии могут быть подвергнуты коагуляции во время операции. Диагноз субмукозной миомы матки

может быть поставлен при проведении гистероскопии или диагностического выскабливания. Диагноз хронического или острого сальпингофорита может быть поставлен клинически и при необходимости подтвержден с помощью лапароскопии, если жалобы больной и результаты объективного обследования наводят врача на мысль о возможности этого заболевания. Особые диагностические трудности возникают, когда больные, использующие ВМС, жалуются на менструальные боли. В этих случаях, помимо исследования органов малого таза, следует сделать клинический анализ крови, исследовать влагалищный секрет на наличие инфекции. Если наиболее вероятный диагноз - сальпингофорит - назначаются антибиотики и на фоне продолжающейся антибиотикотерапии через 24 - 48 часов ВМС удаляют. Когда дисменорея вызвана ВМС и не связана с воспалительным процессом, анальгетики, и особенно, антипростагландиновые препараты, например "Рантен Рапид", должны снять болевые ощущения. Если болевые ощущения остаются - следует удалить ВМС. В большинстве случаев наблюдается первичная дисменорея, при которой не требуется проведение многих исследований, лишь необходим анализ жалоб больной и гинекологическое обследование. Лечение может быть назначено во время первого визита к врачу и оценено по характеру жалоб больной после 1-2 курса терапии. Эффективность медикаментозных средств является одним из важных диагностических моментов в верификации характера патологического процесса.

Литература

1. Бороян Р.Г. "Простагландины: Взгляд на будущее" 1983г. Москва, 96 стр.
2. Бакулева Л.П., Кузьмина Т.И. и соавт. "Альгодисменорея" Учебное пособие, 1988г., Москва 20 стр.
3. Говорухина Е.М. "Альгодисменорея", Акушерство и гинекология, № 6, 1980г, стр. 58 - 61.
4. Гарольд Р. Берман, Бартон В. Колдуэл. В Кн. "Репродуктивная эндокринология" под редакцией С.С.К. Йена, Р.Б.Джаффе. Москва 1998 г., т.1, стр. 212 -239.
5. Курт Бениршке. В Кн. "Репродуктивная эндокринология" под редакцией С.С.К. Йена, Р.Б.Джаффе. Москва 1998 г., т.1, стр. 531 - 560.
6. Лузина Н. Л., Бакулева Л.П. Этиология, патогенез и терапия альгодисменореи. // Казанский медицинский журнал. №3. 1988. 211-214
7. Межевитинова Е.А. "Контрацепция и здоровье женщины" Москва 1998г. № 2, стр. 29 - 39.
8. Межевитинова Е.А., Роговская С.И., Прилепская В.Н. "Вестник акушера гинеколога", Москва, 1994г., № 3, стр. 7 - 11.
9. Межевитинова Е.А. Фармакокинетика гестенов. Опыт применения новинета при дисменореи у женщин с СД". // Гинекология №4. 2000г. стр 5 -12.
10. Прилепская В.Н. с соавт. "Гормональная контрацепция", Москва, 1998г., 215стр.
11. Прилепская В.Н. "Контрацепция и здоровье женщины", Москва, 1998г., № 2 стр.- 12-15.
12. Прилепская В.Н. "Дисменорея" // Гинекология. № 1. 2000г. стр.34-39.
13. Рихард М., Лакритц, Пауль К. Вайнберг В Кн: "Гинекологические нарушения" под редакцией К.Дж. Пауэрстейна, 1985г., Москва, стр. 91 - 101
14. Роберт У.Хафф, В Кн: "Гинекологические нарушения" под редакцией К. Дж. Пауэрстейна, 1985г., Москва, стр. 166 - 188.
15. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. "Неоперативная гинекология", Санкт - Питербург 1995г. стр. 165 - 172.
16. Эфтимос Делигеорглу, Д.И, Арвантинос "Некоторые подходы к изучению и лечению дисменореи", Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов № 4,1996г., стр 50 - 52
17. Anita L. Nelson, MD, "Contraceptive technology", USA, 1998, pg. 95 - 141.
18. Hauksson A. The influence of a combined oral contraceptive on uterine activity and reactivity to agonists in primary dysmenorrhea. Acta Obstet Gynecol Scan. , 1989, 68: 31-34.
19. Milsom I. Effect of various oral contraceptive combinations on dysmenorrhea. Gynecol Obstet Invest/ 1984, 17: 284- 292.