

# Нестероидные противовоспалительные средства в лечении первичной и вторичной дисменореи

И.Б.Манухин, Т.П.Крапошина

Московский государственный медико-стоматологический университет

В статье представлен опыт обследования и лечения больных с первичной и вторичной дисменореей с применением средств из группы производных пропионовых кислот: Новигана и Нурофена форте. В исследование включено 60 пациенток в возрасте от 16 до 38 лет. Больные с первичной дисменореей получали лечение Новиганом (до 2–4 таблетки на курс) и Нурофеном (7–8 таблеток на курс). Применение Новигана позволило полностью купировать болевой синдром к концу 1–2-х суток, в то время как у больных, применявших Нурофен, тот же эффект был достигнут лишь к концу 3-х суток лечения. Пациентки с вторичной дисменореей получали на курс в среднем 12–15 таблеток Нурофена или 9–10 таблеток Новигана. Продолжительность лечения Новиганом составила 2–3 дня, а Нурофеном – 4–5 дней. Исследование выявило ряд преимуществ терапии Новиганом перед другими средствами: быстрый терапевтический эффект даже при снижении стандартной дозировки до 2–3 таблеток в сутки, отсутствие побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Таким образом, Новиган является высокоэффективным патогенетически обоснованным средством для лечения как первичной, так и вторичной дисменореи. Применение этого средства позволяет быстро купировать болевой синдром, сохранить работоспособность пациенток и снизить затраты на их лечение.

*Ключевые слова:* дисменорея, лечение, профилактика, Новиган

## Non-steroid anti-inflammatory drugs in treatment of primary and secondary dysmenorrhea

I.B.Manukhin, T.P.Kraposhina

Moscow State University of Medicine and Dentistry

The article presents an experience of examination and treatment of patients with primary and secondary dysmenorrhea using medication from the group of propionic acid derivatives: Novigan and Nurofen forte. The study comprised 60 patients aged from 16 to 38 years. Patients with primary dysmenorrhea received treatment with Novigan (up to 2–4 tablets for a course) and Nurofen (7–8 tablets for a course). The use of Novigan permitted to completely cope with pain syndrome by the end of day 1–2, while in patients receiving Nurofen the same effect was obtained only by the end of day 3 of therapy. Patients with secondary dysmenorrhea received the average course of 12–15 tablets of Nurofen or 9–10 tablets of Novigan. Duration of Novigan therapy was 2–3 day, and Nurofen therapy – 4–5 days. The study has found a number of advantages of Novigan therapy as compared to other drugs, namely: a fast therapeutic effect even with a reduction of the standard dose to 2–3 tablets daily, absence of side effects on the part of the gastrointestinal tract. Conclusion: Novigan is a highly effective pathogenetically justified drug for treatment of both primary and secondary dysmenorrhea. The use of this drug permits to quickly arrest pain syndrome, to preserve patients' performance and to reduce costs of their medical treatment.

*Key words:* dysmenorrhea, treatment, prevention, Novigan

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, болезненные менструации закодированы как «дисменорея» (*dys* – порочные, *menos* – месячные, *rhoe* – кровотечения). Этот термин считают более правомочным в сравнении с ранее существовавшим «альгодисменорея» [2, 5, 6], т.к. помимо боли заболеванию сопутствуют и другие симптомы [3, 4, 14]:

- психоэмоциональные (повышенная раздражительность, депрессия, анорексия, сонливость, бессонница, булимия, извращенность вкуса, непереносимость запахов и др.);
- вегетативные (тошнота, икота, озноб, чувство жара, повышенная потливость, гипертермия, сухость в полости рта, тенезмы, учащенное мочеиспускание, вздутие живота и др);
- обменно-эндокринные (кожный зуд, боли в суставах, отеки, полиурия, общая резкая слабость, рвота, чувство «ватных ног» и др.).

Дисменорея относится к часто встречающимся заболеваниям вне зависимости от возраста. Определить точную частоту данной патологии не представляется возможным, т.к. диагностика базируется в первую очередь на субъективном восприятии и оценке ощущений. Боли, имеющие не очень

### Для корреспонденции:

Манухин Игорь Борисович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета

Адрес: 103475, Москва, Делегатская 20/1  
Телефон: (495) 178-2831

Статья поступила 18.05.2010 г., принята к печати 09.12.2010 г.

высокую интенсивность, особенно если аналогичные состояния прослеживаются из поколения в поколения и воспринимаются женщиной как вариант нормы, в связи с чем она не акцентирует внимание врача на этих проявлениях. Тем не менее, по данным различных авторов, дисменорея регистрируется у 23–61% женщин в возрасте от 14 до 49 лет [4, 6, 9]. Частота их постепенно снижается с каждым последующим десятилетием и достигает 23% в возрасте старше 49 лет. Следует отметить, что зачастую статистически регистрируются только те случаи дисменореи, которые приводят к снижению нормального уровня активности или требуют стационарного лечения [4].

Выделяют 2 формы дисменореи: первичную и вторичную.

Первичная дисменорея расценивается как функциональная (спазматическая) и возникает через 1–1,5 года после менархе, т.е. с установлением овуляторных циклов. Этиология первичной дисменореи изучена недостаточно. Большинство исследователей склоняются к мнению, что заболевание обусловлено высоким уровнем простагландинов E2 и F2 в отторгающемся во время менструации эндометрии, что связано со снижением прогестерона накануне начала нового менструального цикла и высвобождением фосфолипазы A2 из клеток эндометрия. В результате последующих превращений образуются простагландин, тромбоксан, лейкотриены, простагландины и другие вещества. Следствием высокого уровня простагландинов является усиление сократительной активности матки, спазм сосудов и ишемия тканей. Исследования показали, что уровень простагландинов в менструальном отделяемом в 4 раза выше у женщин с тяжелой степенью дисменореи, чем у пациенток с незначительно выраженной симптоматикой [1, 4, 12].

Таким образом, в основе первичной дисменореи лежит повышенное содержание простагландинов в эндометрии и плазме крови во время менструации, которые вызывают ишемию миометрия и активные сокращения матки во время менструации. Подобные интенсивные сокращения у пациенток с выраженным болевым синдромом могут вызывать рефлюкс маточного содержимого в брюшную полость, что является дополнительным инициатором болевых ощущений.

Согласно нашим данным, ежегодно у 5–6% пациенток с дисменореей, которым производилась диагностическая лапароскопия с целью исключения острой хирургической патологии, был обнаружен рефлюкс маточного содержимого в брюшную полость.

Возникновение вторичной (органической) дисменореи связывают с такими заболеваниями, как эндометриоз, миома матки, воспалительные заболевания органов малого таза, спаечным процессом, внутриматочной контрацепцией и пороками развития органов репродуктивной системы [2, 3, 5, 9, 13].

Основными группами препаратов для лечения дисменореи являются:

- комбинированные оральные контрацептивы,
- нестероидные противовоспалительные средства,
- адъювантная терапия (психо- и нейротропные препараты, витамин B<sub>6</sub>, антиоксиданты, спазмолитики, неспецифические анальгетики, блокаторы кальциевых каналов, магний, аналоги гонадотропин-рилизинг-гормонов и др.).

В последние годы предпочтение для лечения дисменореи отдается нестероидным противовоспалительным сред-

ствам (НПВС), которые ингибируют активность циклооксигеназы, катализирующей синтез простагландинов, являющихся ингибиторами процессов воспаления. Также они обладают выраженным анальгезирующим действием. Эти эффекты обусловлены способностью НПВС снижать уровень простагландинов в менструальной крови [3, 4, 7, 8, 11, 14].

Выделяют следующие группы НПВС:

- производные арилкарбоновых кислот – аспирин;
- производные пропионовых кислот – Нурофен, Новиган, ибупрофен, напроксен, кетопрофен;
- производные финилуксусной кислоты – диклофенак, Раптен рапид;
- некислотные производные сульфонида – целекоксиб;
- производные индолуксусных кислот – индометацин;
- производные эноликовых кислот – мелоксикам, пироксикам.

Все НПВС делятся в зависимости от периода полувыведения на 2 группы: короткого (до 4 ч) и длительного (более 12 ч) действия. Для лечения дисменореи наиболее распространены именно препараты с коротким периодом полувыведения, вводимые перорально или ректально.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности препаратов из группы производных пропионовых кислот: Новигана и Нурофена форте.

Новиган – комбинированный препарат, оказывающий анальгетическое, спазмолитическое и противовоспалительное. В его состав входят производное фенилпропионовой кислоты (ибупрофен 400 мг) и 2 спазмолитика центрального и периферического действия: питофенон гидрохлорид и фенпивериния бромид. Питофенон гидрохлорид обладает прямым миотропным эффектом на гладкую мускулатуру. Фенпивериния бромид является холиноблокатором и дополнительно вызывает расслабляющее действие на гладкую мускулатуру.

Нурофен форте содержит 400 мг ибупрофена.

Нами было проведено комплексное обследование и лечение 60 пациенток в возрасте от 16 до 38 лет с диагнозом дисменорея, из которых у 34 пациенток диагностирована первичная дисменорея и у 26 – вторичная.

Согласно шкале боли (от 0 до 10 баллов), субъективная оценка болевого синдрома обследуемых соответствовала 8–10 баллам.

После гинекологического осмотра, исследования клинического и биохимического анализов крови, ультразвуковой диагностики и исключения острых заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки пациентки были включены в исследование.

Обращает внимание, что 48 больных неоднократно госпитализировались в стационар в связи выраженностью болевого синдрома, который не купировался амбулаторно традиционно применяемыми препаратами, ведущими из которых являлись но-шпа, баралгин и анальгин, применяемые бессистемно. Ранее НПВС данная категория больных не получала.

В качестве сравнения использовали 2 препарата – Новиган по 1 таблетке до 4 раз в день и Нурофен форте, в состав которого входит 400 мг ибупрофена до 3 раз в сутки.

В группе с первичной дисменореей с продолжительностью менструации 5–7 дней все пациентки вели половую жизнь. У 12 женщин были в анамнезе не осложненные срочные роды, после которых 66,7% отмечали снижение болевых ощущений с 10 до 8 баллов по шкале боли. Продолжительность заболевания от 1 до 11 лет. Оральные контрацептивы применяли только 6 пациенток, которые отметили значительное снижение болевых ощущений на протяжении приема и спустя 1–2 месяца после отмены препаратов.

В подгруппе, получавшей Нурофен форте, у пациенток с первичной дисменореей полностью купировать болевой синдром удалось к концу 3-х суток, а получавших Новиган – к концу 1–2-х суток. Следует отметить, что Новиган больные получали только 3 раза в день. В общей сложности на курс лечения пациентки потребовалось 7–8 таблеток Нурофена форте и 2–4 – Новигана.

В группе с вторичной дисменореей у всех пациенток в анамнезе были роды (у 6 пациенток осложненные послеродовым эндометритом). При ультразвуковом исследовании у

всех больных подтвержден аденомиоз без меноррагии и снижения уровня гемоглобина, который сочетался с миомой матки у 9, с выраженным спаечным процессом в малом тазу – у 4 и хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза – у 10 обследуемых. Возраст женщин колебался от 26 до 38 лет, продолжительность заболевания составила от 2 до 6 лет, а длительность менструации – 6–7 дней. Обращает внимание, что 12 пациенток из 26 получали оральные контрацептивы с целью предохранения от нежелательной беременности от 6 до 12 месяцев. Все они отметили выраженное снижение болевого синдрома на фоне приема препаратов спустя 2–3 месяца от начала заболевания. Тем не менее, более продолжительный прием препаратов оказался невозможным в связи с выраженной депрессией, снижением либидо и риском тромботических осложнений.

В дальнейшем 12 пациенткам был назначен Нурофен форте по 400 мг 3 раза в сутки и 14 – Новиган по 1 таблетке 4 раза в сутки с первого дня менструации. Было отмечено, что пациенткам, получавшим Нурофен, потребовалось 12–15 таблеток (4–5 дней) для полного купирования болевого синдрома, а пациенткам, получавшим Новиган, – 9–10 таблеток (2–3 дня).

В целом применение Новигана имеет ряд преимуществ перед другими препаратами: быстрый терапевтический эффект даже при снижении стандартной дозировки до 2–3 таблеток в сутки, отсутствие побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, несмотря на то, что 3 (5%) пациентки имели в анамнезе язвенную болезнь желудка, а 22 (36,7%) – хронический гастрит вне обострения.

Более выраженный терапевтический эффект обусловлен дополнительными эффектами таких компонентов, как питофенон гидрохлорид и фенпивериния бромид, которые обладают выраженным спазмолитическим действием, потенцируя тем самым клинический эффект ибупрофена.

Аналгезирующий эффект Нурофена регистрируется уже через 1–2 ч с момента приема первой таблетки, что позволяет избежать госпитализации и сохранить пациентке работоспособность, что очень важно для данной категории больных. Это обусловлено хорошей всасываемостью из желудочно-кишечного тракта с пиком концентрации в плазме через 1–2 ч. Основной компонент Нурофена – ибупрофен на 99% связывается с белками плазмы крови, накапливается в синовиальной жидкости, метаболизируется в печени и выводится на 90% с мочой в виде метаболитов и конъюгатов, небольшая часть экскретируется с желчью. Период полувыведения из плазмы крови составляет 2 ч.

Обращает внимание, что у всех пациенток с вторичной дисменореей диагностирован аденомиоз, который часто сочетался с миомой матки, воспалительными заболеваниями органов малого таза и спаечным процессом. Установлено, что эндометриодные гетеротопии так же, как и эндометрий, обладают способностью выделять простагландины, что еще раз подтверждает роль последних в формировании дисменореи.

По сравнению с Нурофеном Новиган имеет преимущество в более быстром купировании болевого синдрома, что снижает суммарное количество необходимого ибупрофена.

Оральные контрацептивы, которые являются также ведущими при лечении дисменореи, имеют ряд ограничений. Первичной дисменореей страдают как правило юные девушки, проблема контрацепции для которых не всегда является

актуальной. Кроме того, для получения клинического эффекта необходим прием препаратов в течение нескольких месяцев, в то время как продолжительность приема Новигана составляла 1–3 дня во время менструации. У пациенток с вторичной дисменореей и выраженным болевым синдромом, ранее получавших оральные контрацептивы свыше 6 месяцев с целью предохранения от нежелательной беременности, не было отмечено полного купирования дисменореей.

Патогенетическая терапия эндометриоза, включающая назначение производных 19-норстероидов и агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов, купирует основные проявления заболевания. Тем не менее, в течение первых месяцев нередко требуется дополнительное назначение анальгетиков. Кроме того, следует обратить внимание и на экономические затраты при лечении. Таким образом, НПВС находят свое место и при лечении вторичной дисменореей как одного из проявлений эндометриоза.

Исходя из вышесказанного, Новиган является высокоэффективным патогенетически обоснованным препаратом для лечения как первичной, так и вторичной дисменореей, позволяющим за короткий промежуток времени купировать болевой синдром, что дает возможность не только сохранить работоспособность, но и снизить затраты на лечение. Все вышесказанное свидетельствует о целесообразности использования его в широкой клинической практике.

## Литература

1. Берман Г.Р., Колдуэл Б.В., Простагландины, тромбоксаны и лейкотриены. В кн.: Репродуктивная эндокринология. Под ред. С.С.К.Йена, Р.Б.Джаффе. (Пер с англ.) М.: Медицина, 1998; 130: 180.
2. Гинекология по Эмилю Новваку. Под ред. Дж.Берека, И.Адаши, П.Хилларда. (Пер. с англ.) М.: Практика, 2002; 255–8.

3. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Дисменорея: алгоритм лечения. Гинекология 2006; 8(2): 33–5.
4. Рубченко Т.И. Эффективность раптен рапида при дисменорее. Гинекология 2007; 4(9): 37–40.
5. Руководство по эндокринной гинекологии. Под ред. Е.М.Вихляевой. М.: МИА, 1998; 461, 548.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., 1998; 227–36.
7. Серов В.Н., Уварова Е.А., Гайнова И.Г. Современные возможности использования нестероидных противовоспалительных препаратов для устранения и профилактики дисменореей. Фарматека 2004; 18–24.
8. Тихомирова А.Л. Раптен рапид в гинекологической практике. Гинекология 2005; 2(7): 128–9.
9. Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Справочник гинеколога-эндокринолога. Практическая медицина. М., 2009; 76–9.
10. Уварова Е.В., Ткаченко Н.М., Гайновка И.Г., Кудрякова Т.А. Лечение дисменореей у девушек препаратом «Логест». Гинекология 2001; 3(3): 99–101.
11. Allen C., Hopewell S., Prentice A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 4: NCD004753.
12. Lundstron V., Green K. Endogenous levels of prostaglandin and its main metabolites in plasma and endometrium of normal and dysmenorrheic women. Am J Obstet Gynecol. 1978; 130: 180.
13. Mansour D. Yasmin – a new oral contraceptive, a new progestagen: the reasons why. Eur J Contracept Reprod Healthb Care 2000.
14. Proctor M., Fargubar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. BMJ 2006; 3326: 1134–8.

## Информация о соавторе:

Крапошина Татьяна Павловна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета  
Адрес: 115280, Москва, ул. Велозаводская, 1/1  
Телефон: (495) 674-5022

## Издательство «Династия»

выпускает научно-практический журнал Федерации педиатров стран СНГ  
«Вопросы практической педиатрии»

### Главный редактор

академик РАМН, профессор **Н.Н.Володин**

*Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины,*

*ректор Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова*

### Заместитель главного редактора

член-корреспондент РАМН, профессор **Б.С.Каганов**

*заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ питания РАМН*



Научно-практический журнал «Вопросы практической педиатрии» адресован педиатрам, неонатологам, детским хирургам, врачам общей практики, научным работникам, организаторам здравоохранения. Журнал публикует оригинальные исследования, обзоры литературы, лекции, методические рекомендации, клинические наблюдения, официальные документы органов управления здравоохранением.

**Журнал включен в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК.**

По вопросам подписки и публикации статей обращаться:

Тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: red@mm-agency.ru, podpiska@mm-agency.ru

Отдел рекламы: (495) 517-70-55, e-mail: reklama@mm-agency.ru