

ЛЕЧЕНИЕ ДИСМНОРЕИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Ю.В. Чушков

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

В статье представлены определение, классификация и основные проявления дисменореи, описаны современные подходы к ее лечению; подробно рассматривается применение при дисменорее нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), в частности комбинированных препаратов. Показаны преимущества при лечении дисменореи одного из них – препарата Новиган (ибупрофен + питофенона гидрохлорид + фенпивериния бромид) перед другими средствами группы НПВС: быстрый терапевтический эффект даже при снижении стандартной дозировки до 2–3 таблеток в сутки, отсутствие побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Применение Новигана, содержащего помимо НПВС ибупрофена миотропный спазмолитик и холиноблокатор, позволяет быстро купировать болевой синдром, сохранять работоспособность пациенток и снижать затраты на их лечение. Это делает его препаратом выбора среди НПВС в лечении дисменореи.

Ключевые слова: дисменорея, нестероидные противовоспалительные средства, ибупрофен, питофенона гидрохлорид, фенпивериния бромид, Новиган

The article presents the definition, classification and basic manifestations of dysmenorrhea, describes current approaches to its treatment, and discusses in detail the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), particularly combination medications, in dysmenorrhea. The advantages of the treatment of dysmenorrhea with Novigan (ibuprofen + pirofenone hydrochloride + fempiverinium bromide) over others NSAIDs are demonstrated: a rapid therapeutic effect even against the background of dose decline (2-3 tablets per day), absence of gastrointestinal side effects. Application of Novigan containing NSAID ibuprofen, myotropic spasmolytic and cholinoblockator allows to rapid pain relief, maintains performance of patients and reduces the cost of their treatment. In this regard, Novigan is drug of choice in the treatment of dysmenorrhea compared with others NSAIDs.

Key words: dysmenorrhea, non-steroidal anti-inflammatory drugs, ibuprofen, pirofenone hydrochloride, fempiverinium bromide, Novigan

Нарушения менструального цикла (МЦ) являются извечной женской проблемой; в настоящее время наиболее распространены три формы расстройств МЦ: аменорея, маточные кровотечения (циклические и ациклические) и дисменорея – болезненные менструации [7, 10, 15, 20, 21, 27, 34].

Последняя форма нарушений МЦ требует особого внимания, т. к., по данным разных авторов, от 30 до 75 % женщин отмечают болезненность месячных, выраженную в большей или меньшей степени. При этом около 10 % женщин отмечают наряду с резкой болезненностью выраженное ухудшение общего состояния вплоть до временной утраты трудоспособности. По мнению многих исследователей, болезненная менструация – одна из самых распространенных жалоб, которую приходится слышать врачам-гинекологам [2, 6, 8, 9, 13, 28].

Дисменорея – это нарушение МЦ, основным клиническим проявлением которого является болевой синдром во

время менструации, возникающий в ее первый день или за несколько дней до нее и сохраняющийся в течение всей менструации и даже после нее [2, 9, 11-13, 18, 25, 33].

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, дисменорея определяется как циклически повторяющийся болевой синдром, обусловленный комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия [15, 23].

Согласно МКБ-10, дисменорея имеет следующие коды:

- N 94.4 первичная дисменорея;
- N 94.5 вторичная дисменорея;
- N 94.6 неуточненная дисменорея.

Болезненные менструации являются сравнительно частым нарушением менструальной функции. Дисменорея – это греческое слово, дословно означающее “затрудненное менструальное истечение”. Еще Гиппократ, описывая этот симптом, считал, что важнейшей причиной дисменореи является меха-

ническое препятствие для выделения крови из полости матки [25].

Клиническая картина дисменореи

В большинстве случаев приступы боли во время менструации испытывают молодые женщины репродуктивного возраста [6, 13, 33]. Сильная боль истощает нервную систему, способствует развитию астенического состояния, снижает память, работоспособность, негативно влияя на качество жизни женщины [10, 15, 25].

По литературным данным, дисменорея отмечена среди 31–52 % женщин. По мнению ряда авторов, в зависимости от возраста частота ее встречаемости колеблется от 5 до 92 %. При этом статистически учитываются только случаи дисменореи, снижающие нормальный уровень активности женщины или требующие медицинского вмешательства. Так, около трети женщин, страдающих дисменореей, нетрудоспособны в течение 1–5 дней ежемесячно. Среди всех причин отсутствия дево-

чек в школе дисменорея занимает 1-е место [5, 8, 10, 11].

Все симптомы, сопровождающие болезненные менструации, можно условно разделить на эмоционально-психические (раздражительность, анорексия, депрессия, сонливость, бессонница, рвота, булимия, непереносимость запахов, извращение вкуса), вегетативные (тошнота, отрыжка, икота, познание, ощущение жара, потливость, гипертермия, сухость во рту, частое мочеиспускание, тенезмы, вздутие живота), сосудистые (обмороки, головная боль, головокружение, тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, боли в сердце, похолодание, чувство онемения рук и ног, отеки век, лица) и обменно-эндокринные (ощущение “ватных” ног, общая резкая слабость, зуд кожи, боли в суставах, отеки, полиурия) [13, 18, 20, 25, 27, 28, 34]. Достаточно часто болевой синдром при первичной дисменорее сопровождается повышенным или сниженным либидо.

Болезненные ощущения влияют на эмоциональную сферу, психическое и общее состояние женщины и как следствие – на внутрисемейные отношения, что обуславливает не только медицинскую, но и социальную значимость этой проблемы [4, 12].

Выявлена связь между социальным положением женщины, характером, условиями ее труда и тяжестью дисменореи. При этом среди женщин, занимающихся физическим трудом, спортом, частота и интенсивность дисменореи выше, чем в общей популяции. Немаловажную роль играет наследственность: среди 30 % больных матери страдали дисменореей. Некоторые исследователи установили, что возникновению дисменореи предшествуют различные неблагоприятные воздействия внешней среды на организм женщины и стрессовые ситуации [6, 17, 27, 28].

Дисменорею принято разделять на первичную и вторичную. **Первичная – это дисменорея функциональная, не связанная с патологическими изменениями внутренних половых органов.** Вторичная дисменорея – это болезненные месячные, причиной которых являются патологические процессы в

области малого таза. То есть первичная дисменорея – это синдром, обусловленный нарушениями на различных уровнях нейрогуморальной регуляции, а вторичная – один из симптомов (иногда единственный) какого-то гинекологического заболевания [6, 13, 21, 25].

Основным клиническим проявлением первичной дисменореи являются боли в низу живота, часто иррадиирующие в крестец и паховую область; иррадиация в другие области не характерна для первичной дисменореи, а больше свойственна для вторичной [4, 5, 13]. Зачастую первичная дисменорея сопровождается рядом психопатологических и вегетативных проявлений, ухудшающих общее состояние организма. В частности, до 90 % женщин отмечают рвоту и тошноту, 85 % – головокружение, у 60 % пациенток имеет место диарея, 60 % отмечают боль в спине, которая воспринимается как “отдельная”, 45 % женщин указывают на головные боли, иногда даже в виде приступов мигрени [8, 13, 21].

Кроме того, часто болевой синдром сопровождают мотивационные (анорексия, булимия, пониженное или повышенное либидо) и эмоциональные (слабость, раздражительность, депрессия, бессонница, нарушение памяти) нарушения [6, 16, 28]. Таким образом, дисменорею, согласно современным представлениям, можно рассматривать как психофизиологический феномен, который развивается в результате болевых раздражений [7, 11, 27].

В настоящее время различают три вида первичной дисменореи – эссенциальную, психогенную и спазмогенную [2, 4, 15, 18].

Эссенциальная дисменорея – это форма болезненных менструаций, возможно обусловленная снижением порога болевой чувствительности или какими-либо иными механизмами, которые на сегодняшний день остаются неизвестными. Некоторые исследователи считают, что это индивидуальная особенность организма данной женщины, и относят эссенциальную дисменорею к врожденным формам первичной дисменореи [20, 21, 28, 33].

Психогенная дисменорея чаще всего объясняется чувством тревоги, страха

болезненных месячных, которые в силу тех или иных причин уже отмечались ранее у данной женщины. Психогенная дисменорея также наблюдается у девочек в пубертатном периоде, при этом ее начало часто сопряжено с каким-то стрессовым фактором. Как правило, эта форма развивается у женщин, акцентированных по истероидному или сенситивному типу, а также у пациенток с астено-невротическим синдромом и различными психопатологическими состояниями [11, 14, 24].

Третий вариант первичной дисменореи – это спазмогенная дисменорея, при которой боли возникают в результате спазма гладкой мускулатуры матки [17, 30].

Кроме того, по скорости прогрессирования процесса дисменорею подразделяют на компенсированную, при которой выраженность и характер патологических нарушений в дни менструаций на протяжении времени не изменяются, и декомпенсированную, когда с каждым годом отмечается нарастание интенсивности болей [3, 15].

По тяжести дисменорея подразделяется на три степени [9, 20]:

- I степень – умеренная болезненность менструаций без системных симптомов и нарушения работоспособности;
- II степень – выраженная болезненность менструаций, сопровождающаяся некоторыми обменно-эндокринными и нейровегетативными симптомами, нарушением работоспособности;
- III степень – сильная (порой нестерпимая) боль во время менструации, сопровождающаяся комплексом обменно-эндокринных и нейровегетативных симптомов с полной утратой работоспособности.

Развитие вторичной дисменореи связано с такими заболеваниями как эндометриоз, миома матки, воспалительные заболевания малого таза, пороки развития половых органов и др. [5, 9, 12], причем в каждом конкретном случае клиническая картина дисменореи, ее прогноз и подходы к лечению в значительной степени определяются особенностями первичного заболевания.

Лечение дисменореи

Успех лечения первичной дисменореи обеспечивается его комплексностью и тщательным подбором средств медикаментозного и немедикаментозного воздействия с учетом личностных особенностей пациентки и приоритетных механизмов развития боли в каждом конкретном случае. При определении оптимальной тактики ведения больных с дисменореей основное значение имеет правильная диагностика ее причин. В основном это относится к вторичным формам заболевания, обусловленным органической патологией репродуктивной системы, нередко требующей оперативного лечения. Основной ошибкой при ведении пациенток с данной патологией является длительное лечение с применением обезболивающих средств без соответствующего диагностического контроля в отсутствие эффекта от назначенной терапии [7, 13, 19, 24, 28, 33].

Сегодня общепризнанным является комбинированный подход к лечению дисменореи, при котором используют-

ся воздействия на разные звенья патогенеза, а медикаментозная терапия является всего лишь частью комплекса мероприятий [10, 20, 27].

Значительное внимание при планировании лечения дисменореи следует уделять рациональному режиму труда и отдыха. В настоящее время доказано, что плохой сон, в т. ч. недосыпание, обилие стрессов, курение, употребление кофе увеличивают интенсивность боли во время месячных [11, 20]. Значительно чаще страдают первичной дисменореей женщины с избыточной массой тела. Поэтому чрезвычайно важным является сбалансированное питание с преимущественным употреблением овощей, фруктов и продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты, в частности рыбы, морепродуктов, а также растительного масла, соевых продуктов и т. д. [2, 4, 16].

Необходимой является достаточная физическая нагрузка; женщины должны обязательно заниматься физкультурой, весьма желательным проведение гимнастических упражнений, улучшающих эластичность и тонус мышц,

водных процедур. В комплекс лечения обязательно следует включать методики, направленные на нормализацию функции центральной нервной системы. Это и рефлексотерапия, и работа с психологом, и применение лекарственных средств, обеспечивающих сбалансированное психостабилизирующее действие (малые транквилизаторы, легкие седативные препараты). Такой терапии иногда бывает достаточно при психогенной форме дисменореи [7, 10, 19, 24, 33].

Ведущее место в лечении дисменореи занимают три группы препаратов — гестагены, оральные контрацептивы и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Из числа гестагенов используются прогестерон и его производные (дидрогестерон, медроксипрогестерона ацетат), производные тестостерона (норэтистерон, примолот-нор). Гестагены принимаются во вторую фазу МЦ, при этом они не влияют на овуляцию, вызывают полноценную секреторную трансформацию эндометрия, подавляют пролиферативные



DR. REDDY'S

НОВИГАН®

Комбинированный препарат

Анальгетик и спазмолитик

- Одновременно устраняет боль и спазм
- Действует быстро и продолжительно
- Применяется при спазмах гладкой мускулатуры внутренних органов
- Эффективен при дисменорее

Поможет в трудную минуту

Представительство в России: Д-р Редди'с Лабораторис Лтд,
115035, Москва, Овчинниковская наб. д. 20 стр.1; тел.: (495) 795 3939, 783 2901; факс: (495) 795 3908; www.drreddys.ru

РЕКЛАМА. Информация для медицинских и фармацевтических работников. Пер. уд.: П №008846, 28.04.06

процессы в эндометрии, уменьшают митотическую активность клеток, что способствует снижению продукции простагландинов (ПГ) и, соответственно, сократительной активности матки. Кроме того, производные прогестерона, наиболее приближенные к натуральному гормону, воздействуют на мышечную стенку матки, снижая порог ее возбудимости. Все это приводит к ослаблению дисменореи [8, 11, 15, 17, 23, 26].

Оральные контрацептивы уменьшают объем менструальных выделений за счет торможения пролиферации эндометрия и подавления овуляции. В условиях ановуляции секреция ПГ эндометрием снижается. Контрацептивы вызывают снижение порога возбудимости гладкомышечной клетки и уменьшают ее сократительную активность, способствуя снижению внутриматочного давления, частоты и амплитуды сокращений матки. Усиление сократительной активности матки может быть результатом увеличения концентрации эстрогенов в лютеиновой фазе МЦ. Эстрогены могут стимулировать высвобождение ПГF_{2α} и вазопрессина. Использование комбинированных эстроген-гестагенсодержащих монофазных контрацептивов (левоноргестрел + этинилэстрадиол, дезогестрел + этинилэстрадиол) и препаратов, содержащих только прогестаген (левоноргестрел, медроксипрогестерон, этинодиола ацетат и др.), приводит к снижению концентрации эстрогенов, а следовательно, и ПГ, к снижению выраженности симптомов дисменореи [9, 11, 17, 20, 26].

Третья группа препаратов, используемых в лечении дисменореи, — это НПВС [2, 3, 10, 14–16, 29, 30, 32]. Традиционно они назначаются молодым женщинам, не желающим пользоваться противозачаточными и другими гормональными препаратами, или в случаях, когда последние по ряду причин противопоказаны [14, 29]. НПВС обладают анальгезирующими свойствами и рекомендованы к применению непосредственно при менструации с возникновением болезненных ощущений. Как и вышеуказанные группы лекарственных средств, НПВС понижают содержание ПГ [1, 3, 30, 32]. Продолжи-

тельность их действия, как правило, составляет от 2 до 6 часов [16, 20].

В целом применение НПВС для лечения первичной дисменореи имеет ряд преимуществ перед использованием оральных контрацептивов. В отличие от контрацептивов, которые следует принимать несколько месяцев, НПВС назначают лишь на 2–3 дня в месяц, что, с одной стороны, удобнее, а с другой — экономически выгоднее. Кроме того, НПВС не только эффективно нивелируют отрицательное воздействие ПГ на матку, но и устраняют другие симптомы дисменореи, такие как тошнота, рвота и диарея [11, 14, 17, 26, 30, 31].

Объективно говоря, именно высокая эффективность НПВС в отношении купирования не только основных, но и сопутствующих симптомов первичной дисменореи подтвердила гипотезу о роли ПГ в патогенезе этого заболевания, в связи с чем очевиден тот факт, что НПВС являются препаратами первой линии в лечении этого заболевания [1, 3, 8, 22, 25, 31, 32]. Исходя из теории возникновения дисменореи, в основе которого лежит нарушение обмена арахидоновой кислоты и ее биологически активных метаболитов (ПГ, лейкотриены, тромбоксаны и пр.), многие исследователи считают достаточным применение при этом заболевании НПВС — в ряде случаев в комплексе с антиоксидантами [7, 15, 33].

НПВС представляют собой группу препаратов, широко применяемых в клинической практике; в мире ежедневно их принимают более 30 млн человек, их получают около 20 % стационарных больных.

Выделяют следующие группы НПВС [5, 15, 23, 27, 29, 33]:

- производные арилкарбоновой кислоты — ацетилсалициловая кислота (аспирин);
- производные пропионовых кислот — ибупрофен, напроксен, кетопрофен;
- производные финилуксусной кислоты — диклофенак;
- неокислотные производные сульфонида — целекоксиб;
- производные индолуксусной кислоты — индометацин;
- производные энוליновой кислоты — мелоксикам, пироксикам.

Особого внимания заслуживают комбинированные препараты на основе НПВС, к числу которых относится Новиган. Это комплексное лекарственное средство, в состав которого входят НПВС ибупрофен; миотропный спазмолитик питофенона гидрохлорид и холинолитик центрального и периферического действия фенпивериния бромид.

Ибупрофен является производным фенилпропионовой кислоты. Он обладает болеутоляющим, противовоспалительным и жаропонижающим действием. Основным механизмом действия ибупрофена является угнетение синтеза ПГ, являющихся модулятором болевой чувствительности, терморегуляции и воспаления в центральной нервной системе и периферических тканях [1, 3, 11, 20, 22, 29, 31, 32].

Питофенона гидрохлорид оказывает прямое миотропное действие на гладкую мускулатуру внутренних органов и вызывает ее расслабление.

Фенпивериния бромид за счет холиноблокирующего воздействия оказывает дополнительное расслабляющее действие на гладкую мускулатуру. При приеме внутрь компоненты Новигана хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте.

Необходимо подчеркнуть, что эффективность ибупрофена — основного действующего вещества Новигана — достаточно хорошо изучена. Ибупрофен является одним из наиболее хорошо известных лекарственных препаратов, широко применяемых в лекарственной практике с 1969 г. Его анальгезирующее действие в средних терапевтических дозах (1200–1800 мг/сут) существенно превосходит противовоспалительное. Более чем 30-летний опыт применения ибупрофена в мировой клинической практике показал, что этот препарат вызывает минимальное количество побочных реакций. По сравнению с другими НПВС ибупрофен оказывает наименьшее ulcerогенное действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

Как уже отмечалось выше, в механизме действия ибупрофена существенную роль играет его ингибирующее влияние на биосинтез ПГ [1, 3, 9, 20,

30, 32]. Кроме того, имеются данные о стимулирующем влиянии ибупрофена на образование интерферона, его способности оказывать иммуномодулирующее действие и улучшать показатели неспецифической резистентности организма.

Комбинация в препарате Новиган ибупрофена со спазмолитиками позволяет потенцировать анальгетический эффект, добиваясь его более быстрого достижения. Препарат оказывает анальгетическое, спазмолитическое и противовоспалительное действия. Новиган предназначен для эпизодического или кратковременного лечения (до 5 дней).

Согласно результатам многочисленных исследований, Новиган имеет ряд преимуществ перед другими препаратами группы НПВС: быстрый терапевтический эффект даже при снижении стандартной дозировки до 2–3 таблеток в сутки, отсутствие побоч-

ных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта — даже при наличии в анамнезе язвенной болезни желудка или хронического гастрита [14, 16, 30, 31].

Заключение

Сочетание гормональных, нейро-вегетативных, обменных, психических и эмоциональных расстройств в генезе дисменореи требует поиска комплексного и более дифференцированного подхода к терапии этого заболевания. Вариант лечения должен быть индивидуально подобран для каждой конкретной пациентки и сочетать все имеющиеся возможности медикаментозного и немедикаментозного воздействия. Исходя из имеющихся данных, можно заключить, что использование комбинированных препаратов на основе НПВС является высокоэффективным и патогенетически обоснованным при лечении как

первичной, так и вторичной дисменореи. Применение таких лекарственных средств позволяет добиваться быстрого клинического улучшения, что дает возможность предложить пациенткам быстрый, эффективный, безопасный, а также экономически выгодный алгоритм лечения. По мнению многих исследователей, в настоящее время комбинированные препараты на основе НПВС должны применяться как базисная терапия дисменореи [5, 11, 19, 22, 25, 34]. Их следует рассматривать в качестве препаратов выбора лечения этого заболевания, при котором очень важное значение имеет сочетание в одной таблетке препарата из группы НПВС с выраженным анальгетическим и противовоспалительным действием, миотропного спазмолитика и холинолитика, воздействующих на различные патогенетические механизмы дисменореи.

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. М., 1998.
2. Богданова Е.А. Дисменорея у подростков. *Вопросы диагностики и терапии: материалы симпозиума 2-го Всероссийского форума "Мать и дитя"*. М., 2000. С. 9–11.
3. Бороян Р.Г. Простагландины: Взгляд на будущее. М., 1983. С. 96.
4. Бакулева Л.П., Кузьмина Т.И. и др. *Альгодисменорея. Учебное пособие*. М., 1988. С. 20.
5. Вихляева Н.М. *Руководство по эндокринной гинекологии*. М., 2002. С. 130.
6. Гайнова И.Г., Уварова Е.В., Ткаченко Н.М., Кудрякова Т.А. Дифференцированный подход к лечению дисменореи с нейровегетативными проявлениями у девушек // *Гинекология*, 2001. № 4. С. 130–32.
7. Гайнова И.Г. Дифференцированный подход к диагностике и лечению дисменореи у девушек. *Дисс. канд. мед. наук*. М., 2003. С. 32.
8. Говорухина Е.М. *Альгодисменорея* // *Акушерство и гинекология* 1980. № 6. С. 58–61.
9. *Гинекология по Эмилю Новаку* / Под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П. Хилларда. М., 2002. С. 255–58.
10. Гуркин Ю.А. *Гинекология подростков. Руководство для врачей*. СПб., 2000. С. 250–60.
11. Прилепская В.Н. и др. *Гормональная контрацепция*. М., 1998. 215 с.
12. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. *Дисменорея: алгоритм лечения* // *Гинекология* 2006. № 8. С. 33–5.
13. Серов В.Н. *Дисменорея. Вопросы диагностики и терапии: материалы симпозиума 2-го Всероссийского форума "Мать и дитя"*. М., 2000. С. 2–3.
14. Серов В.Н., Уварова Е.А., Гайнова И.Г. *Современные возможности использования нестероидных противовоспалительных препаратов для устранения и профилактики дисменореи* // *Фарматека* 2004. № 15(92). С. 18–24.
15. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. *Неоперативная гинекология: Руководство для врачей*. М., 2001. С. 227–38.
16. Манухин И.Б., Крапошина Т.П. *Нестероидные противовоспалительные средства в лечении первичной и вторичной дисменореи* // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии* 2010. Т. 9. № 6.
17. Межевитинова Е.А. *Контрацепция и здоровье женщины*. М., 1998.
18. Берман Г.Р., Колдуэл Б.В. *Репродуктивная эндокринология* / Под ред. С.С.К. Йена, Р.Б.Джаффе. М., 1998.
19. Кротин П.Н., Ипполитова М.Ф. *Комплексный подход к лечению больных с первичной дисменореей* // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*, 2006. № 1. С. 37–47.
20. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. *Практическая гинекология*. М., 2001. С. 157.
21. Бениришке К. *Репродуктивная эндокринология* / Под ред. С.С.К. Йена, Р.Б.Джаффе. М., 1998.
22. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. *Дисменорея. Вопросы диагностики и терапии: Материалы симпозиума 2-го Всероссийского форума "Мать и дитя"*. М., 2000. С. 3–8.
23. Лакритц Р.М., Вайнберг П.К. *Гинекологические нарушения* / Под ред. К.Дж. Пауэрстейна. М., 1985.
24. Рубченко Т.И. *Эффективность Раптен ралида при дисменорее* // *Гинекология*, 2007. № 4. С. 37–40.
25. *Руководство по эндокринной гинекологии* / Под ред. Е.М. Вихляевой. М., 1998.
26. Уварова Е.В., Ткаченко Н.М., Гайнова И.Г., Кудрякова Т.А. *Лечение дисменореи у девушек препаратом Логест* // *Гинекология* 2001. № 3. С. 99–101.
27. Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. *Справочник гинеколога-эндокринолога. Практическая медицина*. М., 2009. С. 76–79.

28. Делигеорглу Э., Арвантос Д.И. Некоторые подходы к изучению и лечению дисменореи // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов 1996. № 4. С. 50–2.
29. 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.
30. Champion GD, Feng PH, Azuma T, et al. NSAID-induced gastrointestinal damage. *Drugs* 1997;53:6–19.
31. Chan WY, Dawood MY, Fuchs F. Relief of dysmenorrhea with the prostaglandin synthetase inhibitor ibuprofen: effect of prostaglandin levels in menstrual fluid. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:102.
32. 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.
33. Proctor M, Fargubar C. Diagnosis and management of dysmenorrhea. *BMJ* 2006;3326:1134–38.
34. Ylikorkala O, Dawood MY. New concept in dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1978;130:833.

Информация об авторе:

Чушков Юрий Васильевич – доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, ГОУ ВПО “Первый МГМУ И.М. Сеченова” Минздрава России.
Тел. 8 (499) 248-69-56, e-mail: yury-chushkov@rambler.ru