

ДИСМЕНОРЕЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

О.И. Гуменюк, канд.мед.наук, Ю.В.Черненко, проф.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

E-mail: olgashap@rambler.ru

Обсуждается проблема дисменореи у девочек-подростков. Предложены разные виды лечения, представлены этапы сестринского процесса при этой патологии.

Ключевые слова: девочки-подростки, менструальный цикл, дисменорея, альгоменорея.



Дисменорея – нарушение менструального цикла, проявляющееся болезненными менструациями. В нашей стране для обозначения данной патологии чаще используются неточные и устаревшие термины «альгодисменорея» или «альгоменорея».

Частота болевого синдрома во время менструации, по данным разных исследователей, достигает 90%. Дисменорея – не только медицинская, но и социально-экономическая проблема, так как до 30% девушек и женщин, страдающих указанной патологией, нетрудоспособны в течение 1–5 дней ежемесячно. Среди всех причин отсутствия девочек в школе дисменорея занимает 1-е место [1–3].

В зависимости от патогенеза различают первичную и вторичную дисменорею.

Первичная дисменорея – это комплекс нейровегетативных, обменно-эндокринных, психических и эмоциональных отклонений от нормы, способствующих патологическому накоплению в эндометрии накануне и(или) во время менструаций продуктов деградации арахидоновой кислоты (простагландинов, тромбоксанов, лейкотриенов и др.), усиливающих афферентацию импульсов, раздражающих болевые центры (центры ноцицепции) [1].

Вторичная дисменорея обусловлена наличием гинекологических и(или) эндокринных заболеваний (миома, эндометриоз, аномалии развития

половых органов, воспалительные заболевания половых органов, варикозное расширение тазовых вен, гиперпролактинемия).

Как причину вторичной дисменореи рассматривают также дисморфизм соединительной ткани, ассоциированный с врожденным или приобретенным дефицитом внутриклеточного магния. В эксперименте также доказана роль повышенного уровня вазопрессина в развитии дисменореи. Так, при нарушении соотношения окситоцин/вазопрессин отмечается дизритмия маточных сокращений, сопровождающихся болевым синдромом. В настоящее время изучается влияние короткодействующих антагонистов вазопрессина на выраженность болевого синдрома при дисменорее. Вторичную дисменорею многие авторы объясняют изменениями гормонального статуса; так, эстрогены усиливают сократительную деятельность маточной мускулатуры, тогда как прогестерон, наоборот, тормозит чрезмерные и болезненные сокращения матки. При дефиците прогестерона усиливается действие простагландинов, о роли которых в патогенезе дисменореи сказано выше [1, 2].

Болевому синдрому при дисменорее сопутствуют группы многообразных симптомов:

- **психоэмоциональные:** раздражительность, депрессия, анорексия или булимия, сонливость, бессонница, извращение вкуса, непереносимость определенных запахов;
- **вегетативные:** головная боль, головокружение, тошнота, икота, озноб, чувство жара, потливость, гипертермия, сухость полости рта, учащенное мочеиспускание, вздутие живота, тенезмы;
- **обменно-эндокринные:** кожный зуд, артралгии, отеки, полиурия, слабость, рвота.

Дисменорея классифицируется по степени тяжести (см. таблицу) [4, 5].

Для оценки степени болевого синдрома можно использовать разные шкалы, например визуальную (мимическую) или цифровую, десятибалльную (NRS) шкалу боли.

Согласно интерпретации (KUSS Kindliche unbehagens und Schmerzskala в модификации Büttner W. et al., 1998) результатов исследований по шкалам, назначение обезболивающей терапии осу-

Степени тяжести дисменореи

Степень тяжести	Проявления
I	Слабовыраженный болевой синдром, повседневная активность сохранена
II	Снижение повседневной активности вследствие болевого синдрома, наличие вегетативных симптомов
III	Выраженный болевой синдром; резкое снижение повседневной активности; наличие вегетативных симптомов (тошнота, рвота, головокружения, головная боль, обмороки, лабильность артериального давления, кардиалгии); обменно-эндокринные нарушения: кожный зуд, артралгии, отеки, полиурия, резкая слабость

оществляется при указании пациентки на наличие болевого менструального синдрома в 2–3 балла:

- 0–1 балл – необходимость в анальгезии отсутствует;
- 2–3 балла – необходимо назначение обезболивающей терапии;
- 4–7 баллов – необходимо усиление обезболивающей терапии;
- 8–10 баллов – экстренное купирование болевого синдрома.

При обследовании 2111 девочек-подростков – учащихся средних образовательных школ и учреждений начального и среднего профессионального образования, воспитанниц приютов и интернатов – дисменорея выявлена в 64% случаев. Наиболее часто (56% случаев) встречалась дисменорея I и II степени. У 8% девочек-подростков менструации сопровождались выраженным болевым синдромом и головокружениями (что соответствует III степени тяжести дисменореи), вынуждающими пропускать занятия в школе или колледже (училище).

Лечение

Лечение дисменореи всегда комплексное, немедикаментозное и медикаментозное. К немедикаментозным видам лечения относят: рациональный режим; психотерапию; акупунктуру; иглорефлексо-терапию; физиотерапию (магнитотерапия, диадинамотерапия, флюктуоризация, амплипульс-терапия).

Медикаментозное лечение: витаминные, микро- и макроэлементные комплексы (особенно витамины и микроэлементы, обладающие антиоксидантной активностью – витамины E, A, C, микроэлемент селен); препараты магния; препараты на основе Витекса священного; нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП); комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Витамин E способствует уменьшению интенсивности перекисного окисления ненасыщенных жирных кислот, из которых образуются простагландины, участвует в процессе мобилизации эндорфинов из гипоталамо-гипофизарных структур и стенок кишечника.

Экстракты Витекса священного (циклодинон, мастодион) обладают допаминергической активностью, воздействуют на D₂-рецепторы гипоталамуса, способствуя нормализации уровня пролактина. Нормализация уровня пролактина приводит к восстановлению ритмичной выработки и соотношения гонадотропных гормонов, ликвидации дисбаланса между эстрадиолом и прогестероном, что способствует восстановлению менструального цикла, купированию болевого синдрома. Преимуществами данных лекарственных препаратов являются их безопасность, эффективность, фитооснова и возможность приема без учета фазы менструального цикла.

Из НПВП ибупрофен в дозе 400 мг считается «золотым стандартом» в лечении первичной дисменореи. Из КОК препаратами выбора являются монофазные микродозированные с минимальным содержанием эстрадиола и активным прогестагеном.

Сестринский процесс при дисменорее [6, 7]:

1-й этап:

- сбор жалоб и анамнеза (возраст менархе – первой менструации, продолжительность менструального цикла и менструации, характер выделений); физиологичный менструальный цикл характеризуется: началом в 11–14 лет; продолжительностью (период от 1-го дня менструации до 1-го дня следующей) 22–35 дней; продолжительностью менструации 3–7 дней; отсутствием болевого синдрома;
- подготовка больной к лабораторным, инструментальным и другим исследованиям.

2-й этап:

- оценка полученной информации, определение проблем пациентки и формулировка сестринских диагнозов; примеры сестринских диагнозов: боли в животе, появившиеся перед началом менструации или во время менструации; головная боль, головокружения, обусловленные болезненными менструациями; раздражительность, нарушение сна, обусловленные болезненными менструациями; снижение повседневной активности, обусловленное болезненными менструациями.

3-й этап – составление плана сестринского ухода, включая сестринскую педагогику, ведение медицинской документации, обеспечение:

- лечебно-охранительного режима;
- наблюдения за состоянием пациента;
- подготовки пациентки к дополнительным методам обследования;
- санитарно-эпидемиологического режима;
- соблюдения диетотерапии;
- медикаментозного лечения;

- по назначению врача – консультаций специалистов;
- психологической помощи.

4-й этап – реализация плана сестринского ухода; обеспечение:

- лечебно-охранительного режима; объяснение и контроль назначенного врачом режима (общий, постельный, полупостельный); психический и физический покой; создание комфортных условий;
- наблюдения за состоянием пациентки, динамического наблюдения за ее общим и душевным состоянием, настроением; наблюдение за динамикой ведущих клинических симптомов; осуществление контроля реакций пациентки на лечение; наблюдение за цветом кожи и слизистых оболочек, артериальным давлением, частотой сердечных сокращений, частотой дыхательных движений, температурой тела; контроль характера выделений из половых путей; контроль аппетита, стула, диуреза;
- санитарно-эпидемиологического режима, санитарно-эпидемиологического режима в лечебно-профилактическом учреждении по соответствующим приказам МЗ РФ;
- соблюдения диетотерапии; объяснить пациентке назначенную врачом диету; *диета при дисменорее*: исключение из рациона эсктраактивных веществ (острые блюда, приправы, кофе, крепкий чай, копчености, шоколад); ограничение употребления соли; исключение из рациона жареных продуктов (предпочтение отдается вареным, тушеным и запеченным блюдам); исключение (в период до и во время менструации) из рациона газообразующих продуктов (бобовые, ржаной хлеб, кислые фрукты или ягоды); расширение диеты за счет продуктов и блюд, содержащих магний (гречневая, пшенная, овсяная, ячневая крупы, все виды орехов), витамины-антиоксиданты и селен (зеленый чай, зелень, рыба, томаты, лесные ягоды, все виды капусты, растительные масла, особенно оливковое и льняное);
- медикаментозного лечения; выбор врачебных назначений из листа назначений; информирование пациентки о назначенных препаратах, необходимости их применения, терапевтическом эффекте, побочных действиях, особенностях приема; обеспечение своевременного приема лекарственных средств, выполнение инъекций; контроль за местами инъекций (ягодицы, локтевые впадины); наблюдение за эффектами лекарственной терапии;

- психологической помощи; создание условий для психического покоя и душевного комфорта; психологическая поддержка;
- подготовки пациентки к дополнительным обследованиям;
- сестринская педагогика; оценка знаний девочек-подростков об их заболевании и мотивации к получению дополнительной информации [8]; проведение бесед с девочками-подростками о заболевании, цель которых – повышение приверженности назначенному врачом лечению;
- обучение приемам здоровьесберегающего поведения и здорового образа жизни при данном заболевании; объяснение необходимости диспансерного наблюдения.

5-й этап:

- оценка эффективности сестринских вмешательств; это – непрерывный процесс; медсестра оценивает состояние здоровья пациентки, эффективность планирования, сестринскую команду, сестринский уход.

Литература

1. Дисменорея. Этопатогенез, дифференциальная диагностика и терапия в практике современного акушера-гинеколога / Джобава Э.М., Мандрыкина Ж.А., Логинова К.Б. // Рус. мед. журн. – 2012; 1: 28–35.
2. Уварова Е.В., Гайнова И.Г., Петрова С.Б. Обоснование выбора лечебного воздействия при дисменорее с учетом гормонального статуса подростков // Рус. мед. журн. – 2006; 16. Т.14: 1205–1213.
3. Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Эйберман А.С. Состояние здоровья девочек-подростков... // Саратов. науч.-мед. журн. – 2011; 1 (7): 141–145.
4. Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология. – М.: Медпрактика-М, 2006. – 640 с.
5. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Руководство для врачей. – СПб: Фолиант, 2000. – С. 574.
6. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. – Ростов-н-Д: Феникс, 1999. – 384 с.
7. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. 2-е изд. перераб. и доп. – Ростов-н-Д: Феникс, 2004. – 354 с.
8. Оценка валеологических знаний девочек-подростков, учащихся средних школ и учреждений начального профессионального образования / Кунина А.В., Кунина С.В., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В. // Саратов. науч.-мед. журн. – 2013; 2 (9): 306–308.

DYSMENORRHEA IN ADOLESCENT GIRLS

O.I. Gumenyuk, Cand. Med. Sci.; Prof. Yu.V. Chernenkov
V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

The paper discusses the problem of dysmenorrhea in adolescent girls, proposes different treatments, and presents the steps of a nursing process in this pathology.

Key words: adolescent girls, menstrual cycle, dysmenorrhea, algomenorrhea.