

DOI 10.36074/grail-of-science.17.02.2023.130

РІЗНОМАНІТНІСТЬ ПРОЯВІВ ДИСМЕНОРЕЇ У ПОСТАНОВЦІ ДІАГНОЗУ В ПРАКТИЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГА

Фартушок Тетяна Володимирівна 

канд. мед. наук, доцент кафедри акушерства та гінекології
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна

Пиріг Андрій Русланович 

студент 6 курсу медичного факультету
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна

Тімеркан Вікторія Вікторівна 

студентка 6 курсу медичного факультету
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна

Анотація. Лише у 25% дівчаток менструації настають безболісно, легко, у решти 75% дівчаток менструації супроводжуються складним симптомокомплексом, який прийнято називати дисменореєю. У статті наведені клінічні рекомендації Канадської асоціації акушер-гінекологів щодо виявлення дисменореї, представлена класифікація, патогенез, патофізіологія дисменореї, показано вплив жіночих статевих гормонів на вегетативну нервову систему, розкрито структуру причин дисменореї, а також представлені клінічні випадки різноманітних проявів дисменореї. Метою дослідження було вивчити клінічну ефективність NO (L-аргініну) в лікуванні ендометріоз-асоційованого міжменструального тазового болю та дисменореї. Під спостереженням знаходились жінки репродуктивного віку від 25-45 років зі скаргами на болі в ділянці малого тазу, дисменорею (порушення менструального циклу), часту болісність при сечовипусканні, надмірно рясні менструальні кровотечі, часті депресивні та тривожні розлади. I групу склали пацієнтки, які отримували прогестагени (дієногест) 2 мг в день безперервно протягом 3 місяців. II групу склали пацієнтки, які отримували прогестагени (дієногест) 2 мг на день безперервно протягом 3 місяців + донатор оксиду азоту (L-аргінін), спочатку тівортін 4,2% р-н 100 мл №5, а потім тівортін аспартат по 3 г (15 мл) 3 р.д. по 14 днів протягом 3 місяців. В результаті проведених досліджень було відмічено зниження інтенсивності менструальних ендометріоз-асоційованих тазових болей на фоні та після завершення лікування.

Ключові слова: дисменорея, ендометріоз, передменструальний синдром, гіперестрогенія.

Вступ. Лише у 25% дівчаток менструації настають безболісно, легко, у решти 75% дівчаток менструації супроводжуються складним

симптомокомплексом, який прийнято називати дисменорея. І це не тільки болючі місячні, але і інші ускладнення, які відчуває ця жінка чи дівчина в період місячних. І за попередніми даними лише 10-15% жінок взагалі не мають ніяких дискомфортних відчуттів під час місячних.

Актуальність. На сьогодні дисменорея – найбільш розповсюджена гінекологічна проблема у жінок всіх вікових груп і рас, є найчастішою причиною болю в ділянці тазу. Розповсюдженість варіює в широких межах: 16,8%, 81,3%, 90% [1]. Сильний біль виснажує нервову систему, сприяє розвитку астеничного стану, знижує пам'ять та працездатність. 30-50% жінок дітородного віку страждають від дисменореї. 10-15% жінок кожного місяця протягом 1-3 днів непрацездатні.

У 2017 році Канадська асоціація акушерів-гінекологів надала клінічні рекомендації щодо виявлення дисменореї (рис.1).

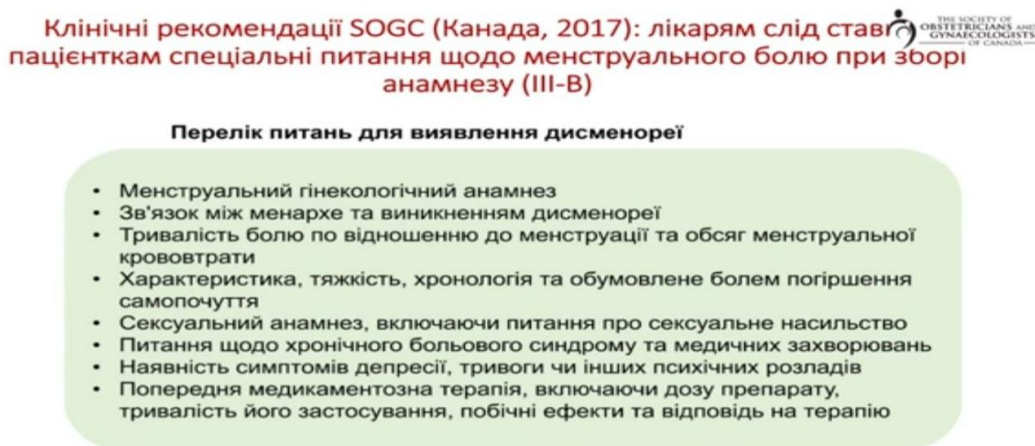


Рис.1. Канадські клінічні рекомендації асоціації акушер-гінекологів щодо виявлення дисменореї, розроблені у 2017 році

No.345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline SOGC. J Obstet Gynaecol Can 2017; 39(7):585e595.

Класифікація дисменореї.

Первинна дисменорея (ПД) – це функціональне захворювання, не пов'язане з патологічними змінами внутрішніх статевих органів (зазвичай з'являється в підлітковому віці через 1-3 роки після менархе, проходить з початком овуляції).

Болі починаються за 12 годин або в 1-й день менструального циклу і тривають 2-48 годин.

Причина виникнення до кінця не відома.

Початок через рік після менархе повинен привести до підозри про вторинну дисменорею.

Вторинна дисменорея (ВД) – пов'язана з органічними змінами органів малого тазу (ендометріоз, запальні процеси в малому тазу, ВМС) і ПМС.

Виникає через декілька років після початку менструації.

Близько 10% підлітків з дисменореєю мають вторинну дисменорею.

При підозрі на ВД транс вагінальне УЗД має 91%-ну чутливість і 98%-ну специфічність .

Можливо використовувати МРТ, але це – діагностика другої лінії.

Причини вторинної дисменореї:

• Найрозповсюдженішим патологічним процесом, що призводить до дисменореї являється ендометріоз.

- ПМС.
- Запальний процес в малому тазі.
- Лейоміома матки.
- Структурна аномалія ендометрію (поліпи).
- Аномалії тіла і шийки матки (мальформації та стеноз).

Патогенез дисменореї Пусковий механізм – відносна прогестеронова недостатність. Ключова роль – порушення співвідношення синтезу простагландинів (рис. 2).

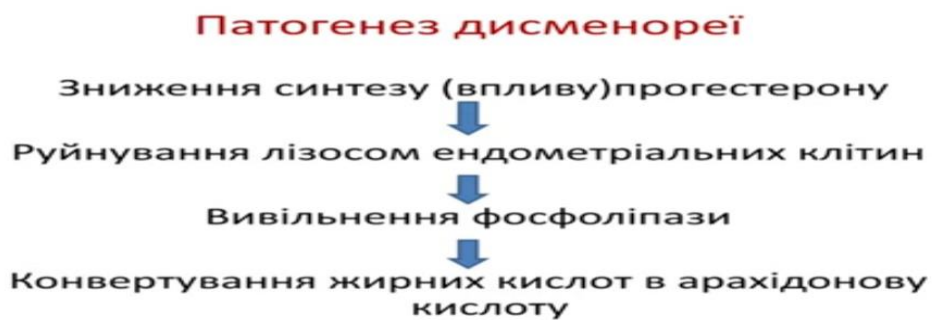


Рис. 2. Патогенез дисменореї

Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

Подальші перетворення арахідонової кислоти представлені на рис.3.

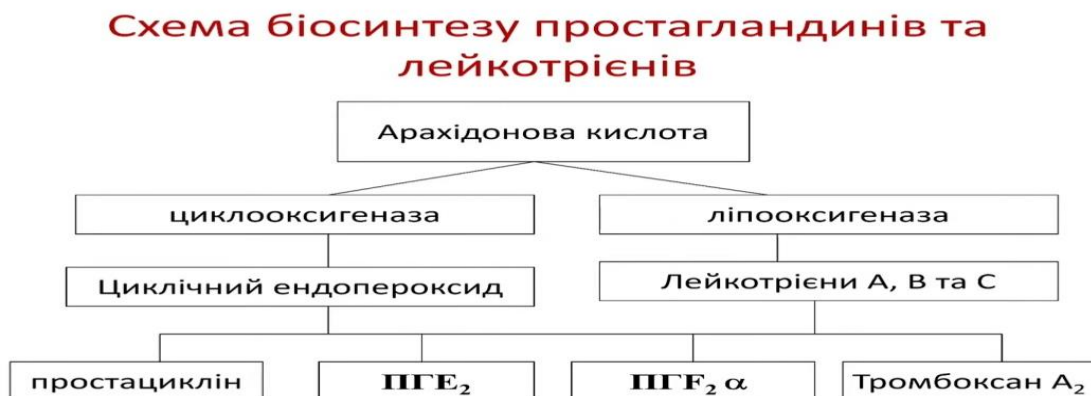


Рис. 3. Схема біосинтезу простагландинів та лейкотрієнів.

Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

Подальші перетворення, що обумовлюють патогенез дисменореї представлені на рис. 4.

Патогенез дисменореї



Рис.4. Вплив простагландинів на патогенез дисменореї. Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

Якщо ми маємо відносну гіперестрогенію, то це сприяє накопиченню ПГФ₂ α саме в ендометрії, тобто якщо ми використовуємо препарати які мінімізують проліферацію ендометрію, то ми також будемо мінімізувати вивільнення ПГФ₂ α, тому працюють препарати, які мають антипроліферативну спрямованість, це в свою чергу збільшить чутливість референтних нервових закінчень, що призводить до ішемії матки, що провокує біль, який підтримує чутливість ареферентних нервових закінчень, що в такий спосіб підтримує стан больової імпульсації і відчуття болю (рис.5).

Патофізіологія дисменореї

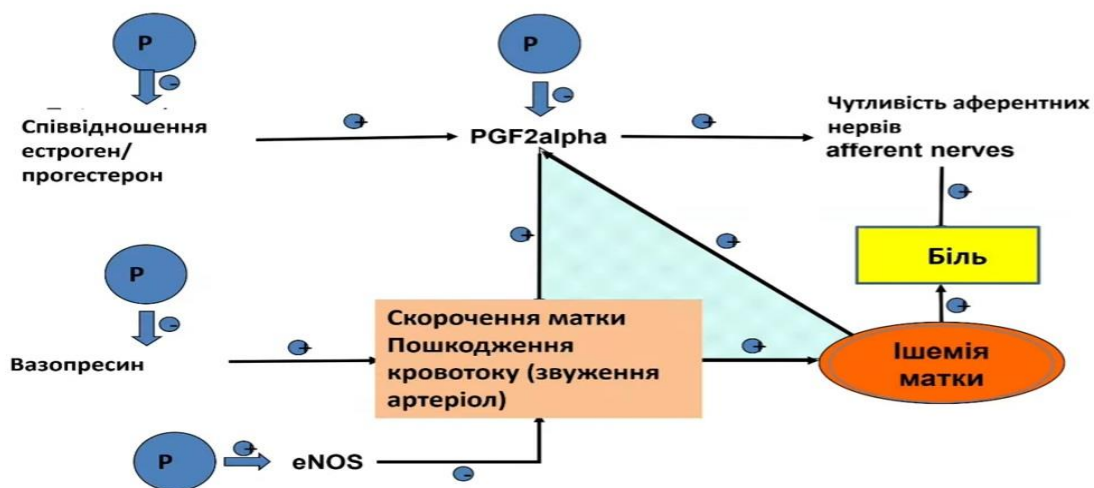


Рис. 5. Патофізіологія дисменореї.

Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

Якщо ми подивимося на вплив жіночих статевих гормонів на вегетативну нервову систему, то ми зрозуміємо чому відносна гіперестрогенія призводить до таких станів (табл.1). Враховуючи те, що естрадіол підвищує рівень рецепторів клітин до нейротрансмітерів, тобто вони стають більш чутливими на тлі відносної гіперестрогенії, що має місце, зокрема при ендометріозі.

Таблиця 1

Вплив жіночих статевих гормонів на вегетативну нервову систему:

Естрадіол	Прогестерон
• активізує парасимпатичну нервову систему	• активізує симпатичну нервову систему
• підвищує рівень ацетилхоліну	• підвищує рівень норадреналіну та адреналіну
• підвищує рівень рецепторів клітин до нейротрансмітерів	• знижує чутливість рецепторів клітин до нейротрансмітерів
Особливості сприйняття болю	
• У жінок з дисменореєю – більш низький больовий поріг не лише в перименструальному періоді, але і в інших фазах: перiovуляторній (12-16 день м.ц.) і лютеїновій (17-22 день м.ц.). • М'язовий больовий поріг значно нижче внизу живота ніж у кінцівках. • Може бути присутньою зона відображеної гіпералгезії (живіт, сакральна ділянка).	

Дівчатка з дисменореєю швидше реагують на подразнення, на будь-який дискомфорт, на все і таким чином формується певна характеристика ситуація особистості (рис.6). Лікування дисменореї вчасно в підлітковому віці дуже важливо тому, щоб запобігати акцентуації, яка в подальшому буде мати наслідки відносно центральної нервової системи, формування комплексів у таких дівчаток, тобто лікуванням дисменореї ми запобігаємо порушенням особистості.

Характеристика психологічних особливостей особистості дівчат з дисменореєю



Рис. 6. Характеристика психологічних особливостей особистості дівчат з дисменореєю.

Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

В структурі причин дисменореї домінує ендометріоз – 70% (рис.7) і тільки 3% дівчаток з ПМС не мають дисменореї (рис.8).

Ендометріоз в структурі дисменореї

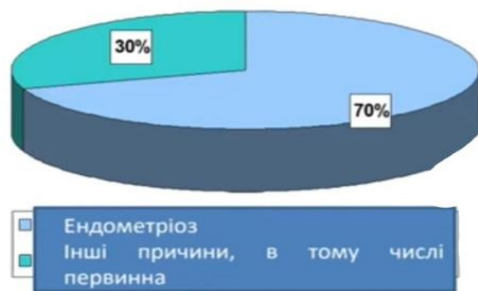


Рис. 7. Ендометріоз в структурі дисменореї

Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

ПМС і дисменорея

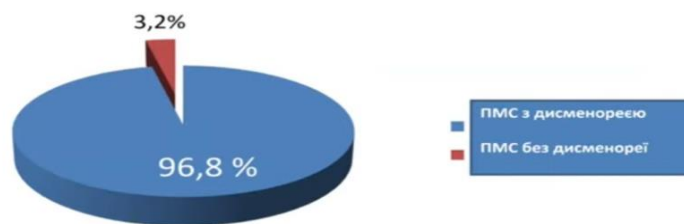


Рис.8. ПМС і дисменорея

Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

Отже, патогенез дисменореї полягає в тому, що:

- Запускається гіперпродукція простагландинів матки (PGE_2 і $\text{PGF}_2 \alpha$).
- Відбувається центральна сенсибілізація, яка пов'язана зі структурною і функціональною модифікацією ЦНС .
- Призводить до важливих довгострокових наслідків з підвищеним сприйняттям болю.
- Лікування менструального болю – обов'язкова профілактика шкідливого впливу тривалої больової імпульсації на ЦНС [2].

Клінічний випадок №1.

Пацієнтка Т., 35 років. Доставлена бригадою швидкої допомоги в 1-й день менструації з клінікою кишкової непрохідності в хірургічне відділення. На рентгенограмі – чаші Клойбера. Після призначення спазмолітиків, НПЗП, прозерину стан дещо покращився, з'явилась перистальтика, почали відходити газу. Результати огляду: шийка матки рубцево змінена, виділення кров'янисті, помірні. Per vaginam: тіло матки шаровидне, в retroflexio, малорухоме, болісне, заднє склепіння потовщене, болісне. Ділянка придатків справа без

особливостей, зліва придатки не збільшені, ділянка їх пальпації болісна. Результати УЗД: тіло матки 52,4x49,2x47,4 мм дещо нерівних контурів, в retroflexio. Міометрій гетерогенної ехоструктури, з множинними (+) та одиничними ехо (-) включеннями. Задня стінка матки гіпертрофована. Межа між ендометрієм і міометрієм нечітка. Ендометрій 13 мм, в порожнині матки – смужка рідини. За маткою визначається ділянка ехо(+) з нечіткими контурами, що доходить до шийки матки $\approx 31,2 \times 22,4$ мм. В задньому склепінні незначна кількість рідини. Яєчники: правий – без особливостей, в лівому – жовте тіло 16,3x18,2 мм. Заключення: Аденоміоз. Ретроцервікальний ендометріоз.

Із анамнезу: пацієнтка 1,5 роки тому була прооперована у зв'язку з кишковою непрохідністю. Зі слів хірурга було виявлено безліч ендометріюїдних вогнищ і вузол в ретроцервікальному куті, який було видалено. Ендометріоз кишківника патогістологічно підтверджено.

Пацієнтці було рекомендовано звернутися до гінеколога, але у зв'язку з обставинами, що склалися, вона поїхала закордон, повернувшись півроку тому.

Після операції почувала себе краще, але місячні були болючими, постійно приймала знеболюючі. До гінеколога так і не звернулася, оскільки не мала часу.

Акушерський анамнез: менархе з 12 років, регулярний цикл встановився протягом 2-х років. Під час місячних завжди відчувала болісні відчуття внизу живота, але прийом знеболюючих (но-шпи та ібупрофену) їй “завжди допомагав”. В 16 років після схуднення на 12 кг перестала менструвати. Після відсутності місячних протягом 6-ти місяців звернулася до гінеколога. Було рекомендовано прийом контрацептивів. Місячні відновились, контрацептиви приймала близько 6-ти років. Почувала себе добре.

Вийшла заміж. Відмінила прийом контрацептивів у зв'язку з бажанням вагітніти. Місячні відновились не відразу і знову були дуже болючими. Звернулася до гінеколога через 3 роки.

Рекомендації: дидрогестерон (дуфастон) з 14-го по 25-й день по 10 мг 6 міс., свічки Вібуркол ректально під час місячних протягом перших 3-х місяців.

В результаті виконання отриманих рекомендацій гінеколога відмічала покращення загального стану, але після припинення терапії болі під час місячних відновились, вагітність не наступала.

Повторно звернулася зі скаргами до іншого акушер-гінеколога. Було вперше встановлено діагноз аденоміозу і, враховуючи бажання жінки вагітніти, було призначено дуфастон з 5-го по 25-й день м/циклу по 20 мг на 6 міс.

Вагітність наступила через 3 місяці після завершення курсу лікування. Протікала без ускладнень. Пологи в 2015 році через природні пологові шляхи, крупний плід – 4100 г. В пологах – розрив шийки матки, розриви піхви.

Після пологів годувала дитину груддю 1 місяць, не було молока. Місячні відновились через 3 місяці після припинення лактації. Спочатку не були болючими, але через півроку знову почала потребувати прийому знеболюючих препаратів.

Вирішила приймати контрацептиви. На фоні їх прийому стан значно покращився, але через деякий час (3-4 роки) з'явилися головні болі – відмінила контрацептиви. Симптоми дисменореї відновились через деякий час.

Вперше місячні почали супроводжуватись вираженими болями в животі, здуттям і затрудненим відходженням газів і стільця 2 роки тому.

З тих пір почала обстежувати кишківник. Отримувала різні рекомендації по харчуванню, суттєвого покращення не відмічала. На момент обстеження ніякого лікування не отримує вже більше року, приймає лише бруфен при болях, який їй допомагає.

І дійсно не стероїдні протизапальні препарати можуть бути призначені при ендометріозі, тому що ендометріоз – це запальний процес. І тому запальний процес підтримує ендометріоз (рис.9). ЦОГ 2 стимулює секрецію ПГЕ 2, який стимулює ароматазну активність і сприяє перетворенню андростендіону в естрон і естрадіол. Накопичення великої кількості естрадіолу сприяє проліферації ендометріоїдних клітин і супроводжують ЦОГ 2, тобто у нас є хибне коло. І препарати, які блокують ЦОГ2 патогенетично працюють, щоб пацієнтка почала себе краще почувати і не було цих ендометріоїдних гетеротопій.

Ароматазний цикл:
взаємозв'язок гіперестрогенії і запалення

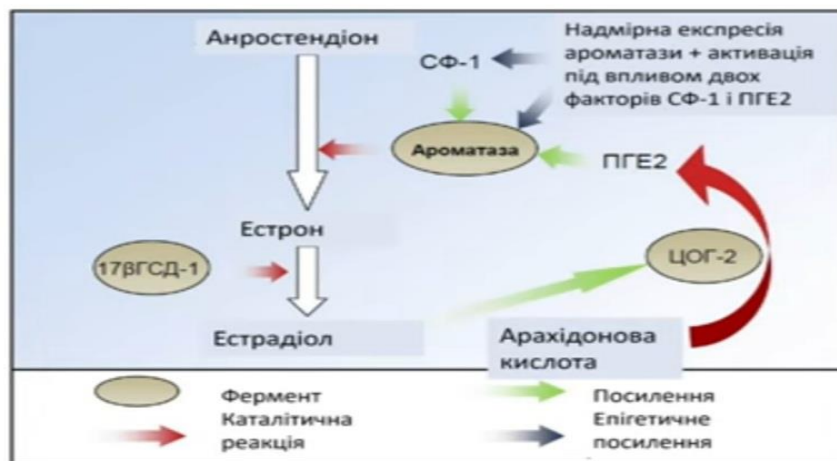


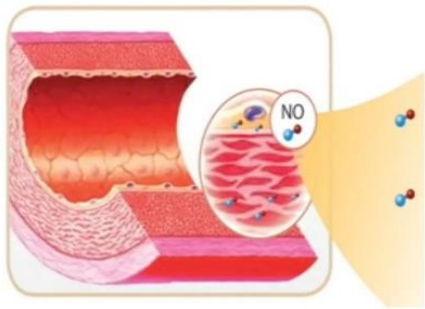
Рис.9. Ароматазний цикл: взаємозв'язок гіперестрогенії і запалення
Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynaecol Can 2005; 27(12): 1117-1146)

Eshre провели певні дослідження, які продемонстрували підвищений рівень простагландину в очеревинній рідині та ендометріюїдній тканині у жінок з ендометріозом. Існують вагомі докази, що підтверджують використання НПЗЗ для первинної дисменореї. GDG рекомендує клініцистам розглянути НПЗЗ або інші анальгетики для зменшення болю, пов'язаного з ендометріозом [3]. Серед НПЗЗ ібупрофен є зручний, оскільки він має мінімальний ступінь розвитку побічних ефектів. Ібупрофен пов'язаний з нижчим ризиком розвитку побічних ефектів з боку ШКТ та печінки у порівнянні з іншими НПЗП. Ібупрофен (Бруфен 600 мг) 2-3 саше на день (1200-1800 мг), можна збільшити до 2400 мг на день. Тривалий прийом не підвищує ризик ускладнень з боку КШТ [4].

Пацієнтці після консультування гінекологом було призначено дієногест тривало. Стан покращився. Але, в зв'язку зі збереженням постійного болю в животі, пацієнтка наполягала на операції. Прооперована – видалено ендометріоїдний вузол ректосигмоїдного кута кишківника. В післяопераційному періоді продовжувала прийом дієногесту. Самопочуття нормалізувалось. На

даний момент продовжує прийом дієногесту. Також був призначений тівортін в/в краплинно 100 мл №5, потім перорально 14 днів. Призначення тівортіну обґрунтовувалось тим, що роль оксиду азоту є надзвичайно важлива у відновленні стану після гіпоксії для мінімізації впливу оксидативного стресу, який має місце в розвитку активності ендометріозу. Враховуючи доведену роль гіпоксії та окислювального стресу в розвитку та підтриманні активності ендометріозу у якості терапевтичного підходу варто розглянути попередник оксиду азоту L-аргінін. Оксид азоту являється важливим регулятором судинного тону, антиоксидантного захисту, відповідальний за протизапальні ефекти, шляхом інгібування молекул клітинної адгезії, вивільнення хемокинів, таких як моноцитарний хемотаксичний фактор, а також інгібування агрегації тромбоцитів і фібринолітичного ефекту. Вплив L-аргініну на мікроциркуляцію представлений на рис.10.

Вплив L-аргініну на мікроциркуляцію



- нормалізує порушену мікроциркуляцію;
- коригує порушення ендотеліального розслаблення;
- виявляє протизапальний вплив;
- знижує вироблення цитокінів;
- блокує агрегацію тромбоцитів.

Рис.10. Вплив L-аргініну на мікроциркуляцію.

Adapted from: Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline (Lefebvre G, et al. J Obstet Gynecol Can 2005; 27(12): 1117-1146).

Мета дослідження. Вивчити клінічну ефективність NO (L-аргініну) в лікуванні ендометріоз-асоційованого міжменструального тазового болю та дисменореї.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходились жінки репродуктивного віку від 25-45 років зі скаргами на болі в ділянці малого тазу, дисменорею (порушення менструального циклу), часту болісність при сечовипусканні, надмірно рясні менструальні кровотечі, часті депресивні та тривожні розлади. I групу склали пацієнтки, які отримували стандартну терапію болю пов'язаного з ендометріозом: прогестагени (дієногест) 2 мг в день безперервно протягом 3 місяців. II групу склали пацієнтки, які отримували стандартну терапію болю пов'язаного з ендометріозом + донатор оксиду азоту (L -аргінін): пргестагени (дієногест) 2 мг на день безперервно протягом 3 місяців, спочатку тівортін 4,2% р-н 100 мл №5, а потім тівортін аспартат по 3 г (15 мл) 3 р.д. по 14 днів протягом 3 місяців. Постановка діагнозу аденomioz проводилась на основі клінічної картини, ультразвукового, гістероскопічного, патоморфологічного досліджень біоптатів тканини матки. Інтенсивність болю оцінювали на основі візуально-аналогової шкали.

Результати та їх обговорення. В результаті проведених досліджень було відмічено зниження інтенсивності менструальних ендометріоз-асоційованих тазових болей на фоні та після завершення лікування, що представлено на рис.11. Больовий синдром під час менструації оцінювали за шкалою ВАШ.

Зниження інтенсивності менструальних ендометріоз-асоційованих тазових болей на фоні та після завершення лікування, $M \pm m$

На основі візуально-аналогової шкали (ВАШ)

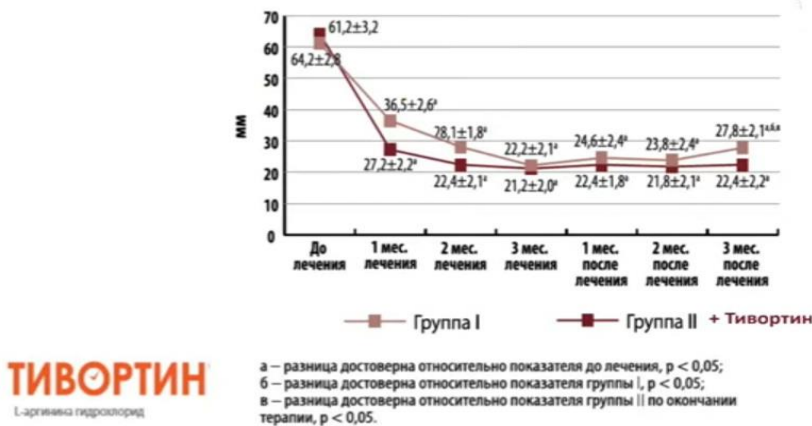


Рис.11. Результати проведеного лікування тивортином менструальних тазових болей.

Новые подходы к проблемным вопросам лечения генитального эндометриоза / Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захарченко, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – №3. – С.36-45.// <http://nbuv.gov.ua/UJRN/repe> 2013 3 5.

Клінічний випадок №2.

Пацієнтка Н., 17 років. virgo, IMT – 23. Скарги: болісні місячні, прибавка ваги, проблеми з настроєм, навчанням.

Анамнез: менархе в 13 років, цикл до 15 років – нерегулярний, перерви між місячними від 31 до 65 днів, місячні завжди болісні, супроводжувались тошнотою, блюванням, діареєю, запамороченням, слабкістю. З 16 років місячні мали регулярний характер, самопочуття покращилось, але лишилась виражена болючість при менструації, що супроводжувалась головним болем, перед початком місячних відмічає набряклість, нагубання і болючість молочних залоз. За 7-10 днів до початку місячних різко падає настрій, відмічає нестачу сил, виникає бажання плакати та їсти солодощі. За останній рік набрала 13 кг.

Відомо 12 ознак гормонального дисбалансу у жінок: хронічні висипання на обличчі, збільшення апетиту і ваги, болючі нерегулярні менструації, втрата лібідо, проблеми зі сном, неможливість сконцентрувати увагу, простісна втома, зміни грудей, проблеми з животом, сухість піхви, перепади настрою і депресія.

УЗД: патології не виявлено.

Ан.крові: 25-Гідроксивіт Д – 54 нмоль/л ($N > 75$ нмоль/л)

Пролактин – 28,7 нг/мл ($N - 2,8 - 29,2$ нг/мл)

Індекс НОМА – 1,9 ($N < 2,5$)

ТТГ – 2,434 мкОд/мл ($N - 0,4-4,0$ мкОд/мл)

ФСГ – N, ЛГ – N (на протязі циклу)

Естрогени – N

Прогестерон – N (3, 34- 25,56 нг/мл в лютеїнові фазу)

Діагноз: Дисменорея (вторинна). ПМС. Недостатність вітаміну Д.

Рекомендації:

1. Дієта (+ режим).
2. Фізичні навантаження (гімнастика, ходьба, регулярні фізичні навантаження).
3. Циклодинон 1 табл. на день – 3 міс.
4. Віт. Д3 4000 МО на день
5. Магній + В6 400 мг на день – 1 міс.
6. Дуфастон 10 мг з 16-го по 25-й день – 4 міс.
7. При виражених болях – НПЗП (Бруфен).

Клінічний випадок №3.

Пацієнтка К., 34 роки. Скарги на болісні місячні, рясні, міжменструальні мажучі коричневі виділення.

Із анамнезу:

Менструє з 13 років, цикл встановився протягом року. Менструації з самого початку були болючими, супроводжувались акне. В 28 років народила дитину, після чого больові відчуття при місячних стали менш вираженими на 2-3 роки. Після виходу на роботу на фоні емоційних перевантажень суттєво погіршився стан в період місячних, завжди приймає солпадеїн, но-шпу. Пробувала приймати контрацептиви – почали сильно боліти ноги. Останнім часом погіршився стан шкіри. Об'єктивно: пацієнтка помірного харчування. ІМТ – 20.

Біохімічні обстеження:

Недостатність віт. Д (25 –ОН віт. Д- 54 нмоль/л)

Індекс вільного тестостерону – 7,16 пг/мл (N)

Пролактин – 26,2 нг/мл (верхня межа норми)

Білірубін – N

Печінкові проби: АЛТ –N АСТ – N.

На УЗД ми побачили прояви аденоміозу: горбата матка, дисоціація товщини стінок матки, варикозне розширення вен малого тазу, яєчникова артерія 9, при нормі 4 (рис. 12).

УЗД:

Результат: Аденоміоз. Варикозне розширення вен малого тазу.



Рис.12. УЗД ознаки аденоміозу. Пацієнтка Н., 17 років

Рекомендації.

1. Режим сну та відпочинку.
2. Помірні обов'язкові фізичні навантаження.
3. Циклодинон 1 табл. на день – 3 міс.
4. Внутрішньоматкова система – Мірена.
5. Віт. Д 4000 ОД на день – протягом 2 міс.
6. Альфа-бетилен 1 капс. на день – 2 міс.
7. Венотоніки – тривало.
8. При болях – НПЗП (Бруфен).

Клінічний випадок №4.

Пацієнтка С., 36 років. Звернулася зі скаргами на дисменорею, що супроводжується рясними менструальними кровотечами. Емоційно пригнічена, відмічає підвищену втомлюваність.

З анамнезу: рясні і болісні менструації турбують з менархе, останні 6 років відмічає посилення менструальної кровотечі, появу дрібних згортків під час туалету. Диспареунія останні 2 роки.

Отримувала переважно симптоматичну терапію: нестероїдні протизапальні препарати та лікування постгеморагічної анемії, пропонувалося видалення матки (зі слів жінки).

Менструація 14 років, по 6 днів через 27, рясні, болісні, регулярні. В1, П1.

Супутні захворювання: Хронічний гастродуоденіт в стадії нестійкої ремісії. Аутоімунний тиреоїдит.

Об'єктивно: зріст -166 см, вага 53 кг, ІМТ – 19,2.

АТ – 100/65 мм рт.ст., зниженого харчування, шкірні покриви бліді.

Больовий синдром під час менструації по шкалі ВАШ оцінює на 5,5-6 балів.

Гінекологічний статус: піхва та шийка матки без патологічних особливостей. Тіло матки рухоме, дещо болісне при пальпації. Додатки з обох боків без особливостей, склепіння вільні, виділення темні кров'яністі, незначні.

УЗД ОМТ на 7 день м.ц.: матка 43,0x41,2x42,1 мм, anteflexio, біометрій дещо не однорідний за рахунок неоднорідних ділянок, гіперехогенних включень. Ендометрій: 7,8 мм, гетерогенний, нечіткість з'єднувальної зони. Яєчники: правий 32,5x29,1 мм, містить до 3 фолікулів діаметром 6-7 мм, лівий 28,5x27,1 мм. Дозована компресія обох яєчників безболісна. Шийка матки: 38,1x21,1 мм, ендocerвікс 1,2 мм лінійний.

Заключення: УЗ ознаки аденоміозу. Поліп ендометрію.

У 2021 році була запропонована модифікована шкала Delphi консенсусу щодо переглянутих визначень морфологічної сонографічної оцінки матки з аденоміозом згідно з якою виділяють прямі і непрямі ознаки аденоміозу (рис.13).

Гормональний статус: ТТГ – 3,8 мкОД/мл, пролактин – 21,5 нг/мл, АМГ – 2,1 нг/мл, прогестерон – 1,2 нг/мл.

Віт. Д (25-гідроксиколекальциферол) – 45,6 нмоль/л – недостатність

Сироваткове залізо – 5,7 мкмоль/л, феритин – 9,0 нг/мл, Hb-101 г/л

Діагностика вагінозу: відносний нормоциноз.

ВПЧ статус негативний.

УЗД молочної залози – патології рне виявлено.

УЗД щитовидної залози – ознаки аутоімунного тиреоїдиту.

Consensus on revised definitions of morphological uterus sonographic assessment (MUSA) features of adenomyosis: results of a modified Delphi procedure, 2021

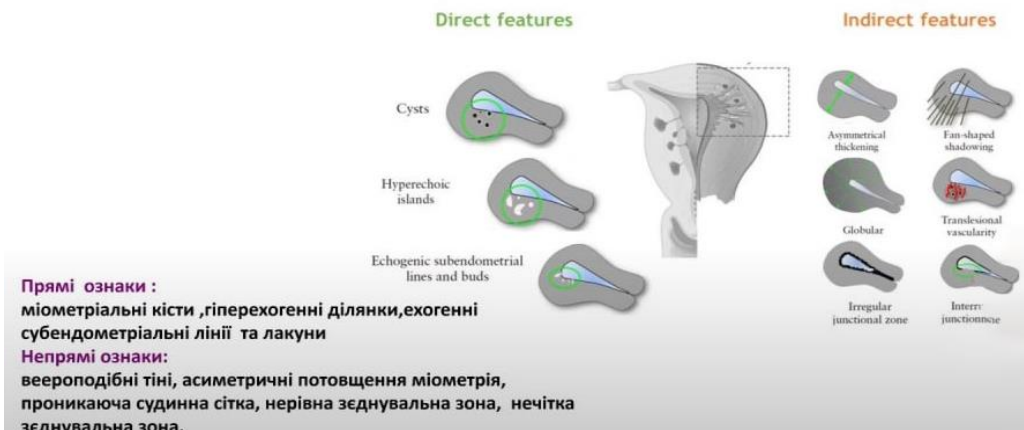


Рис. 13. Модифікована шкала Delphi консенсусу щодо переглянутих визначень морфологічної сонографічної оцінки матки з аденоміозом.

M.J. Harmsen, T. Van den Bosch, R.A.de Leeuw et al. *Ultrasound Obstetrics & Gynecol*

Проведено гістероскопію на 7 день менструального циклу. Стінки матки без особливостей. ПГД: поліп ендометрію функціонального типу. Циклічні зміни ендометрію проліферативного типу.

Діагноз: АМК. Дисменорея. Аденоміоз. Недостатність віт. Д. Залізодефіцитна анемія I ст.

На світовому форумі ендокринологів у 2021 році клініка, яка займалася аденоміозом звертає увагу на те, що больовий синдром при аденоміозі, так само як і при дисменореї має певну кількість специфічних особливостей. Молоді пацієнтки, які скаржаться на біль як ознаку перед менструального синдрому насправді можуть мати ендометріоз, часто поєднану патологію. Біль живота, вздуття живота, закреп, діарея, нудота і блювота також частіше зустрічаються у жінок з ендометріозом. Початок з раннього віку, циклічний, стійкий або прогресуючий (погіршення з часом) біль підвищує імовірність ендометріозу. Ациклічний тазовий біль також є ознакою ендометріозу. Нудота частіше виникає в підлітків з ендометріозом, ніж при ПД (55%). Тому нудота в поєднанні з тазовим болями маркер для підозри на ендометріоз [5].

У гайдлайн 2022 року у симптоми ендометріозу внесено і гематурію (рис.14). Необхідно наголосити, що клінічний огляд не може виключити ендометріозу.

Endometriosis guideline, 2022 Симптоми ендометріозу

- ➔ Дисменорея
- ➔ Біль у малому тазі, не пов'язаний з менструальним циклом
- ➔ Виражена диспареунія
- ➔ Безпліддя
- ➔ Підвищена стомлюваність
- ➔ Негінекологічні циклічні симптоми у жінок репродуктивного віку (дисхезія, дизурія, гематурія та ректальна кровотеча)
- ➔ Ущільнення та/або вузлики, які виявляються при дослідженні малого таза
- ➔ Пухлиноподібні утворення придатків (наприклад, ендометріома яєчника)

Звичайний клінічний огляд не виключає ендометріозу

Рис.14. Симптоми ендометріозу

ESHRE – Європейська асоціація репродукції людини. ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. Endometriosis guideline, 2022. Available at: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>.

Тактика ведення:

Від постановки ВМС ЛНГ пацієнтка категорично відмовилась.

КОК у безперервному режимі 3 міс. : етинідестрадіолу 0,03 мг+ дієногесту 2 мг

Препарат заліза на 2 міс.

Олідетрим – 4 тис МОД день, тривало

Бруфен 800 мг 2 табл на ніч, симптоматично

Препарати магнію (300 мг на добу), анксіолітики, консультація психолога.

Контрольний огляд через 3 міс. Через 3 міс. спостереження відновилися щомісячні скудні мажучі виділення, тазові болі практично відсутні. Больовий синдром по шкалі ВАШ оцінює на 2- 2,5 балів. Рекомендовано пролонгувати прийом дуфастону та олідетрим до 6 місяців.

Пацієнтки з достатнім рівнем віт. Д є в зоні меншого ризику щодо розвитку ендометріозу (рис.13), тому так важлива додаткова донація пацієнткам з дисменореєю, ендометріозом препаратів з віт.Д, зокрема олідетриму.

25(OH)D зменшує кількість життєздатних патологічних клітин ендометрію, факторів запалення та зменшує ризик розвитку ендометріозу^{1,2}

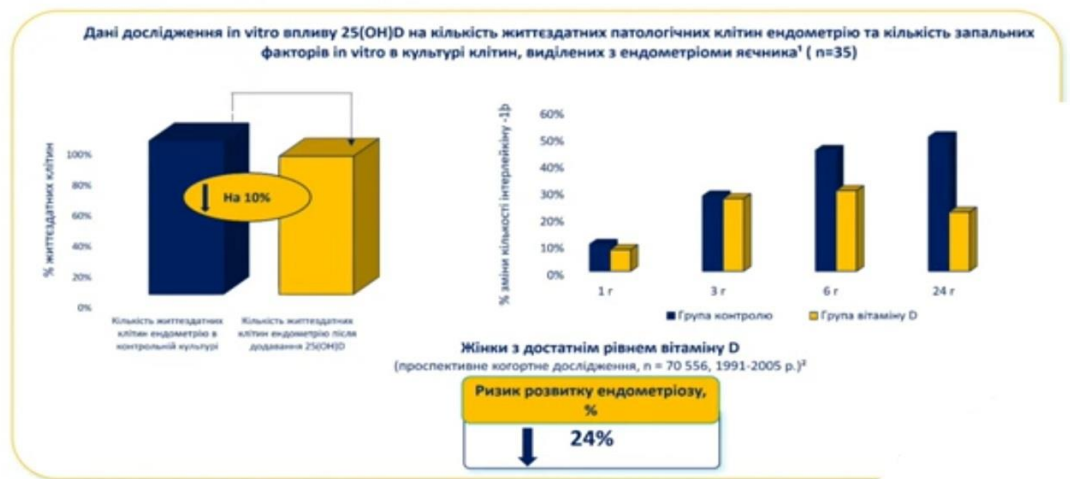


Рис. 15. Віт. Д знижує кількість зменшує ризик розвитку ендометріозу
Miaoyshita M. et al. Effects of 1,25-Dihydroxy Vitamin D on Endometriosis. J Clin Endocrinol Metab. 101, 2371-2379 (2016)

Висновок:

Ретроспективне 15-річне спостереження показало, що половина жінок із дисменореєю повідомили, про негативний вплив на різні аспекти їхнього життя (освіта, працездатність, відносини та соціальне життя).

Ранній діагноз в поєднанні з адекватним лікуванням зменшить біль, ризику непліддя.

Ранній початок емпіричної терапії полегшує симптоми дисменореї.

Список використаних джерел:

- [1] Amimi S. Osayande MD & Suarna Mennuc MD. (2014) Diagnosis and initial Management of Dysmenorrhea University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas. Am Fam Physician 1;89(5) 341-346. Вилучено з <https://read.qxmd.com>> Bernardi M., Lazzeri L., Perelli F. (2017) Dysmenorrhea and related disorders. F 1000 Research. Вилучено з <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>>
- [2] Semenyina H. B., Fartushok T.V., Starykovich A.V. (2021) RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND THE RISK OF COMORBIDITIES DISEASES. Global Issues in Academic Research 3: 65-71. Вилучено з <https://ojs.ukrlogos.in.ua>>logos>issue
- [3] Семенина Г.Б., Фартушок Т.В., Старикович А.В. (2021) Вміст лептину у сироватці крові вагітних жінок з ожирінням у III триместрі вагітності. Міжнародний науковий журнал "Грааль науки" 449-453. Вилучено з <https://ojs.ukrlogos.in.ua>>index.php>article
- [4] Беседін В.М., Фартушок Т.В. (2005) Дослідження рівня гормонів фетоплацентарного комплексу у жінок із ризиком внутрішньоутробного інфікування. Вісник наукових досліджень 2:42-44.