**Применение ибупрофена в гинекологической практике**

Профессор А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин

МГМСУ имени Н.А. Семашко

Болевой синдром сопровождает целый ряд распространенных гинекологических заболеваний и может быть основной жалобой, которую предъявляет больная. Боль приносит не только физическое страдание, но и всегда сопровождается тяжелыми эмоциональными переживаниями. Нейрофизиологи утверждают, что боль в большой мере является производной высшей нервной деятельности. Мы способны осознавать боль, давать ей оценку, и в то же время боль может влиять на восприятие мира в целом, искажать это восприятие и, в конечном итоге, при длительном ее существовании, стать в центре всей человеческой жизни, пропуская все через призму себя. Боль – одно из самых сильных человеческих страданий. Боль может овладеть сознанием и изменить личность. Известно, что один из выдающихся немецких философов прошлого столетия Ницше, создавший учение, исполненное довольно неоднозначных суждений, всю свою жизнь страдал от тяжелейших головных болей.

Наверное, практически каждая женщина хоть раз в жизни сталкивалась с таким состоянием, как болезненные менструации. У некоторых болевой синдром во время менструации выражен настолько сильно, что может приводить женщину в полностью нетрудоспособное состояние. Другими словами, болевой синдром в жизни женщины – не редкость. В то же время, в гинекологической практике нам приходится часто выполнять всевозможные инвазивные вмешательства, сопровождающиеся болевым синдромом, подчас довольно сильным, при которых обычно не принято использовать общий наркоз. В этой ситуации приходится прибегать к ненаркотическим анальгетикам, эффективность которых может довольно сильно разниться. В данной статье мы хотим коснуться вопроса болевого синдрома в гинекологической практике и предложить варианты терапии этого состояния.

Дисменорея или болезненные менструации являются одной из наиболее частых причин, по которой женщины пропускают работу или учебу. На многих государственных предприятиях до сих пор существует такое понятие, как «женский день», позволяющий женщине один раз в месяц пережить «критические дни» не на рабочем месте.

Дисменорея подразделяется на первичную и вторичную. Под первичной дисменореей понимают болезненные менструации при отсутствии патологических изменений со стороны половых органов. При вторичной дисменорее болезненные менструации обусловлены наличием гинекологических заболеваний. Чаще всего к ним относятся эндометриоз, воспалительные заболевания половых органов, миома матки и другие. По данным различных авторов, частота встречаемости дисменореи в зависимости от возраста колеблется от 60 до 92%. Очевидно, что первичная дисменорея встречается преимущественно у подростков, в то время как вторичная характерна для более старших возрастных групп.

Первичная дисменорея обычно развивается через 6–12 месяцев после менархе, когда появляются первые овуляторные циклы. Симптомы дисменореи обычно возникают с началом менструации, редко за день до начала, и характеризуются схваткообразными, ноющими, дергающими, распирающими болями, которые могут иррадиировать в прямую кишку, придатки и мочевой пузырь. Помимо этого, может наблюдаться тошнота, рвота, головная боль, раздражительность, вздутие живота и другие вегетативные явления.

Среди подростков пик встречаемости дисменореи приходится на 17–18 лет, то есть к моменту окончательного становления менструальной функции и формирования овуляторного менструального цикла. Эта закономерность, в частности, указывает на существенную роль овуляции в патогенезе первичной дисменореи.

Хотя до сих пор нет однозначных представлений об этиологии первичной дисменореи, тем не менее большинство исследователей сходятся на том, что ведущую роль в развитии этого заболевания играет дисбаланс простагландинов в матке.

Еще в 1978 году было показано, что простагландин F2a (ПГF2a) и простагландин Е2 (ПГЕ2) во время менструации накапливаются в эндометрии и вызывают симптомы дисменореи [1]. Простагландин F2a и ПГЕ2 синтезируются из арахидоновой кислоты через так называемый циклооксигеназный путь. Активность этого ферментного пути в эндометрии регулируется половыми гормонами, точнее, последовательной стимуляцией эндометрия в начале эстрогенами, а затем прогестероном. К моменту менструации в эндометрии накапливается большая концентрации простагландинов, которые вследствие лизиса клеток эндометрия высвобождаются наружу. Высвободившиеся из клеток простагландины воздействуют на миометрий, что приводит к чередованию констрикций и релаксаций гладкомышечных клеток. Маточные сокращения, обусловленные простагландинами, могут продолжаться несколько минут, а развиваемое давление в матке достигать 60 мм рт.ст. Длительные сокращения матки приводят к развитию ишемии и, как следствие, к накоплению продуктов анаэробного метаболизма, которые, в свою очередь, стимулируют С–тип болевых нейронов. Другими словами, первичную дисменорею можно назвать «маточной стенокардией».

Роль простагландинов в развитии первичной дисменореи подтверждается исследованием, в котором было выявлено, что концентрация простагландинов в эндометрии коррелирует с тяжестью симптомов, то есть чем выше концентрация ПГF2a и ПГЕ2 в эндометрии, тем тяжелее протекает дисменорея [2].

Множество факторов может модулировать эффект простагландинов на матку. К примеру, усиленные физические упражнения могут повышать тонус матки, возможно, за счет снижения маточного кровотока. Многие спортсменки отмечают, что усиленные тренировки во время менструации значительно усиливают симптомы дисменореи. Помимо воздействия на матку, ПГF2a и ПГЕ2 могут вызывать бронхоконстрикцию, диарею и гипертензию, так, в частности, диарея особенно часто сопровождает первичную дисменорею.

Для высокой продукции простагландинов в эндометрии необходимо последовательное воздействие на него в начале эстрогенов, а затем прогестерона. Очевидно, что женщины с ановуляторным менструальным циклом крайне редко страдают первичной дисменореей вследствие отсутствия у них достаточной секреции прогестерона. В связи с этим наличие овуляции является одним из факторов, обусловливающих симптомы дисменореи.

Наиболее распространенными препаратами для лечения первичной дисменореи являются оральные контрацептивы и нестероидные противовоспалительные средства (НПВП). Назначение оральных контрацептивов в основном направлено на выключение овуляции, поскольку, как отмечалось выше, именно овуляторный менструальный цикл обеспечивает циклическую стимуляцию эндометрия, что способствует накоплению простагландинов, ответственных за развитие симптомов дисменореи. Такой метод лечения достаточно эффективен, однако при его выборе необходимо учитывать ряд факторов. Во–первых, большинство больных первичной дисменореей являются подростками, не живущими половой жизнью, для которых проблема сопутствующей проводимому лечению контрацепции не столь актуальна, а убежденность в неотвратимой прибавке лишнего веса «от гормонов» чрезвычайно сильна. Во–вторых, не во всех случаях возможно назначение оральных контрацептивов, поскольку у них есть целый ряд противопоказаний. В–третьих, терапевтический эффект от назначения оральных контрацептивов развивается лишь через 2–3 месяца от начала их приема, что обусловливает нерациональность их назначения в случаях особенно тяжелого течения заболевания. Таким образом, применение оральных контрацептивов для лечения первичной дисменореи оптимально в случаях, когда пациентке, помимо лечения, требуется надежная контрацепция, а также в случаях легкой и умеренной выраженности симптомов.

Другим не менее эффективным подходом к лечению первичной дисменореи является назначение НПВП, в частности, препарата ибупрофен (Нурофен), наиболее широко применяющегося в мировой клинической практике.

Нурофен (ибупрофен) является производным фенилпропионовой кислоты. Нурофен угнетает синтез простагландинов, ингибируя активность циклооксигеназы. После приема внутрь ибупрофен быстро абсорбируется из желудочно–кишечного тракта, максимальная концентрация его в плазме крови определяется через 1–2 часа. Ибупрофен метаболизируется в печени, выводится почками в неизмененном виде и в виде коньюгатов, период полувыведения составляет 2 часа. В отличие от других НПВП при использовании Нурофена крайне редко наблюдаются побочные эффекты, которые в основном характеризуются легкими расстройствами пищеварения. Для лечения первичной дисменореи Нурофен назначается в первоначальной дозе 400 мг, затем препарат назначают в дозе 200–400 мг каждые 4 часа, максимальная суточная доза Нурофена составляет 1200 мг. Очевидно, что доза Нурофена должна подбираться в зависимости от выраженности симптомов заболевания.

В том случае, если обезболивающего эффекта Нурофена недостаточно, возможно использовать комбинированный препарат Нурофен Плюс. В данном препарате ибупрофен объединен с кодеином, анальгетиком, действующим на опиатные рецепторы ЦНС. Данная комбинация дает более выраженный обезболивающий эффект.

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

Объективно говоря, именно высокая эффективность НПВП в отношении лечения не только основных, но и сопутствующих симптомов первичной дисменореи подтвердила гипотезу о роли простагландинов в патогенезе этого заболевания, в связи с чем очевидным является тот факт, что НПВП являются препаратами первой линии в лечении первичной дисменореи.

Хотя первичная дисменорея относится к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом, целый ряд других гинекологических патологий нередко требует использования эффективных анальгетиков.

Вторичная дисменорея, как уже отмечалось выше, обусловлена наличием органических нарушений гениталий.

Существует ряд факторов, которые позволяют отличить вторичную дисменорею от первичной.

1. Симптомы дисменореи проявляются во время первого или второго менструальных циклов после менархе (врожденные обструктивные пороки развития).

2. Симптомы дисменореи впервые появляются в возрасте старше 25 лет.

3. Наличие гинекологических заболеваний: бесплодие (предполагается эндометриоз, воспалительные заболевания органов малого таза или другие причины спаечного процесса), обильные менструации или межменструальные кровянистые выделения (предполагается аденомиоз, миома матки, полипы), диспареуния.

4. Отсутствие эффекта или его незначительная выраженность от терапии НПВП и/или оральных контрацептивов.

Наиболее частой причиной вторичной дисменореи является эндометриоз. Характерными симптомами эндометриоза являются: появление прогрессивно нарастающих болей, возникающих непосредственно перед или во время менструации; диспареуния, болезненные дефекации, предменструальные мажущие кровянистые выделения и полименорея; боль над лоном, дизурия и гематурия; бесплодие. Ряд пациенток могут не обозначать болевой синдром, как приобретенное явление, а просто отмечать, что у них – болезненные менструации, хотя большинство указывают на усиление болезненности менструаций. Боль чаще всего бывает билатеральной и по интенсивности колеблется от незначительной до крайне выраженной, нередко боль ассоциирована с ощущением давления в области прямой кишки и может иррадиировать в спину и ногу. Постоянные «неприятные ощущения» на протяжении всего менструального цикла, усиливающиеся перед менструацией или во время коитуса, могут быть единственной жалобой, предъявляемой больной эндометриозом. Причина появления болей до конца не установлена, предполагается, что она может быть связана с феноменом «миниатюрных менструаций» эндометриоидных эксплантов, что приводит к раздражению нервных окончаний. Исчезновение болевых ощущений при индукции аменореи у больных эндометриозом, то есть исключение циклических гормональных воздействий на эндометриоидные экспланты, собственно, доказывает механизм болевого синдрома.

Однако болевой синдром не всегда ассоциирован с эндометриозом даже в тех случаях, когда заболевание выражено в значительной степени. К примеру, билатеральные большие эндометриоидные кисты яичников чаще всего бессимптомны, если только не происходит их разрыв, в то же время выраженный дискомфорт может быть следствием минимального количества активных эндометриоидных гетеротопий.

Несмотря на то, что существует совершенно определенная патогенетическая терапия эндометриоза, включающая использование агонистов ГнРГ и производных 19–норстероидов, довольно часто на первых этапах лечения, а иногда и при более продолжительных сроках к основным препаратам приходится добавлять анальгетики. Это обусловлено тем, что базовые препараты оказывают свой максимальный эффект не сразу, в ряде же случаев базовые препараты не способны в полной мере ликвидировать болевой синдром. Таким образом, в терапии эндометриоза также находит свое место препарат Нурофен или Нурофен Плюс.

Повседневная гинекологическая практика не обходится без таких процедур, как введение и удаление внутриматочных спиралей, лечения патологии шейки матки, проведения биопсии эндометрия, гистеросальпингографии и т.д. Безусловно, в большинстве случаев для проведения этих вмешательств можно вообще не использовать обезболивающих препаратов. Еще не забыта эра абортов, производившихся без какого–либо обезболивания. Можно было просто прикрикнуть на пациентку – «терпи, в войну не такое терпели» – и дело с концом, однако в современных условиях это совершенно недопустимо. Тем более, что все перечисленные выше процедуры можно достаточно хорошо обезболить и добиться тем самым хорошей эмоциональной переносимости данных вмешательств. С этой целью также возможно использовать Нурофен Плюс, лучше за 20–30 минут до процедуры и в последующим после ее завершения. Одно–двукратный прием этого препарата, в зависимости от выраженности болевого синдрома, обеспечит приятные воспоминания со стороны пациентки о заботливом враче.

Еще одного, довольно распространенного болевого синдрома нам хотелось бы коснуться в рамках данного повествования. Речь идет о так называемом тазовом ганглионеврите. Это вариант радикулита, при котором происходит защемление нервных стволов, выходящих в области малого таза. Пациентки с данным заболеванием чаще всего жалуются на периодически возникающие боли в подвздошных областях. Как правило, при обследовании не удается выявить ни признаков воспалительного процесса в придатках матки, ни каких–либо иных патологических изменений. Болевой синдром у таких пациенток довольно хорошо купируется приемом анальгетиков из группы НПВП, в частности Нурофена.

С 2001 года в нашей клинике для лечения больных миомой матки мы стали применять метод эмболизации маточных артерий. После процедуры у больных обычно отмечается различный по выраженности болевой синдром. Длительность этого синдрома также разнится, но в среднем составляет 8 дней. Мы применяли различные схемы обезболивания у данной категории пациенток и остановились на схеме, включающей в себя использование Нурофена и Нурофена Плюс. Нам, в частности, удалось отметить более выраженный обезболивающий эффект у данного препарата, быстрое наступление эффекта и хорошую переносимость.

Таким образом, Нурофен и Нурофен Плюс находят достаточно широкое применение в гинекологической практике, эффективно избавляя женщин от болевого синдрома.

**Список литературы**

1. Ylikorkala O, Dawood M.Y. New concept in dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol 1978; 130:833

2. Chan W.Y., Dawood M.Y., 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.