

Клинические рекомендации – Дисменорея – 2024-2025-2026 (28.11.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N94.0 N94.4 N94.5 N94.6 N94.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 833

По состоянию на 28.11.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

КГК – комбинированные гормональные контрацептивы (по АТХ – Гестагены и эстрогены фиксированные комбинации)

КОК – комбинированные оральные контрацептивы (АТХ гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации)

ЛНГ-ВМС – левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система (#левоноргестрел в форме системы внутриматочной терапевтической)

МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты (АТХ нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты)

УЗИ – ультразвуковое исследование

МРТ – магнитно-резонансная томография

Термины и определения

Дисменорея – циклические боли в области малого таза, связанные с менструацией, которые могут являться как самостоятельным гинекологическим состоянием (первичная дисменорея), так и симптомом сопутствующей органической патологии (вторичная дисменорея) [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дисменорея – циклические боли в области малого таза, связанные с менструацией, которые могут являться как самостоятельным гинекологическим состоянием (первичная дисменорея), так и симптомом сопутствующей органической патологии (вторичная дисменорея) [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дисменорея классифицируется как первичная или вторичная в зависимости от наличия сопутствующей органической патологии.

Первичная дисменорея (функциональная) преимущественно манифестирует в течение 6-12 месяцев с менархе и характеризуется наличием спазматических тазовых болей в области малого таза, возникающих непосредственно перед и/или во время менструации и длящихся – 72 часа [3]. Боль может иррадиировать в поясницу, нижние конечности, сопровождаться тошнотой, рвотой, диареей, вздутием живота, усталостью и потерей сознания при высокой степени выраженности болевого синдрома [3, 6].

Основным механизмом формирования первичной дисменореи является гиперконтрактильность миометрия и спазм сосудов в результате повышения уровня простагландинов, высвобождающихся при отторжении функционального слоя эндометрия ($PGF_{2\alpha}$, PGE_2) [2-3, 6].

Факторы риска первичной дисменореи [2, 7-8, 25]:

- Курение
- Возраст менархе < 12 лет
- Возраст < 30 лет
- Обильные менструальные кровотечения
- Низкий индекс массы тела (менее 18,5 кг/м²)
- Семейная отягощенность (в том числе – по эндометриозу)
- Наличие психоэмоциональных триггерных факторов (стресс, сексуальное насилие, психологические расстройства и другое)

Вторичная дисменорея (органическая) – менструальная боль, связанная с патологией органов малого таза [8].

Причины вторичной дисменореи [6, 8]:

- Эндометриоз (наружный генитальный эндометриоз, аденомиоз);
- Миома матки;
- ВЗОМТ;
- Спаечный процесс в малом тазу;
- Аномалии развития и неправильные положения женских половых органов (врожденные, приобретенные);
- Стеноз цервикального канала;
- Варикозная болезнь малого таза (конгестивный синдром);
- Доброкачественные и злокачественные образования яичников.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность дисменореи варьирует от 45% до 95% среди женщин репродуктивного возраста [3-4], и может достигать 93% у подростков [5].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N94.0 Боли в середине менструального цикла

№94.4 Первичная дисменорея

№94.5 Вторичная дисменорея

№94.6 Дисменорея неуточненная

№94.8 Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По этиологическому фактору [1]:

- первичная (функциональная) – возникает в отсутствие сопутствующей органической патологии, преимущественно – с менархе, в результате избыточной продукции простагландинов;
- вторичная (органическая) – является симптомом сопутствующей органической патологии (эндометриоз, ВЗОМТ, миома матки и другое).

По степени тяжести [1]:

- легкая – менструальная боль слабо выражена, наличие болевого синдрома не нарушает повседневную активность, иногда требуется прием анальгетиков, системные симптомы отсутствуют;
- средняя – менструации умеренно болезненные, повседневная активность нарушена, анальгетики эффективно купируют боль, наблюдаются единичные системные симптомы;
- тяжелая – выраженная боль, вплоть до потери сознания, резкое нарушение повседневной активности, наблюдаются вегетативные симптомы: головная боль, слабость, тошнота, рвота, диарея и др.; низкий эффект анальгетиков.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

См. [раздел "Жалобы и анамнез"](#).

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз дисменореи устанавливается на основании жалоб.

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы на циклические боли в области малого таза, связанные с менструацией, манифестирующие непосредственно перед и/или во время менструации, продолжительностью 8-72 часа, могут сопровождаться сопутствующими симптомами, такими как тошнота, рвота, диарея, вздутие живота, усталость и потеря сознания при высокой степени выраженности болевого синдрома.

2.2. Физикальное обследование

- Всем пациенткам с подозрением на дисменорею рекомендованы осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование в целях установления диагноза и дифференциальной диагностики [28].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование у

женщин репродуктивного возраста, живущих половой жизнью, позволяет заподозрить наличие ВЗОМТ, аденомиоза, глубокого эндометриоза, миомы матки, образований яичников. При первичной дисменорее патология не выявляется. У подростков, не живущих половой жизнью, проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования не целесообразно [26-28].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфическая лабораторная диагностика дисменореи не разработана.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано всем пациенткам проведение УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) для исключения органической гинекологической патологии УЗИ [1, 16]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: УЗИ органов малого таза у подростков, испытывающих дисменорею в первые 6 месяцев от начала менструации, целесообразно также для исключения пороков развития женской репродуктивной системы.

- Не рекомендуется рутинное выполнение МРТ органов малого таза при наличии изолированной дисменореи и отсутствии эхографических признаков органической патологии по УЗИ [1, 11-12].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: проведение МРТ органов малого таза является целесообразным у подростков – для исключения врожденных пороков развития репродуктивной системы, а также в случае интенсивного болевого синдрома (для исключения эндометриоза) и неэффективности консервативной терапии в течение 3-6 месяцев.

- Для исключения перитонеального эндометриоза пациенткам вне зависимости от возраста рекомендовано выполнение МРТ органов малого таза на томографе магнитно-резонансном со сверхпроводящим магнитом напряженностью магнитного поля 3 тесла [14-16].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2) (для женщин репродуктивного возраста);

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5) (для подростков).

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендовано использование 11-балльной визуальной аналоговой шкалы ([приложение Г1](#)), представляющей градацию боли от 0 (нет боли) до 10 (максимальная боль) в баллах у пациенток с дисменореей для оценки степени выраженности болевого синдрома и воздействия его на качество жизни [10-11, 41].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: использование визуальной аналоговой шкалы объективизирует степень выраженности болевого синдрома, а также позволяет отслеживать эффект проводимой терапии.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендовано использование нестероидных противовоспалительных препаратов (АТХ нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) (НВПС) у пациенток с первичной дисменореей в качестве 1-й линии терапии для купирования болевого синдрома [29-31].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: НПВС могут быть назначены за 1-2 дня до менструации и в течение первых 2-3 дней менструального кровотечения при отсутствии противопоказаний самостоятельно или в сочетании с гормональной терапией. При недостаточном уменьшении болевого синдрома должно быть назначено другое лечение.

- Рекомендовано пациенткам с дисменореей с возраста менархе назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) (АТХ гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации), прогестиновых контрацептивов (АТХ Гестагены), пациенткам репродуктивного возраста – препараты группы АТХ: кольца интравагинальные гестаген- и эстроген-содержащие в качестве 2-й линии терапии для купирования болевого синдрома [1, 2, 3, 5, 32-33, 40, 42].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано назначение гестагенов в пролонгированном циклическом или непрерывном режиме в качестве альтернативы КОК (АТХ Гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) [1, 2, 3, 5, 8, 32-34].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: могут использоваться пероральные гестагены, #Этоногестрел (лекарственная форма импланты) подкожно и #Левоноргестрел 52 мг (лекарственная форма система внутриматочная терапевтическая, высвобождающая 20 мкг/сут действующего вещества (ЛНГ-ВМС) пациенткам от 18 лет и старше при наличии противопоказаний к приему КОК или их недостаточной эффективности [1, 38, 41].

При вторичной дисменорее тактика ведения осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями, размещенными в Рубрикаторе Минздрава России [35-37]:

- Эндометриоз
- Миома матки
- Воспалительные болезни женских тазовых органов
- Другие (хламидийная инфекция и т.д.)

3.2. Хирургическое лечение

- Не рекомендуется рутинное проведение диагностической лапароскопии для выявления причины дисменореи. Проведение диагностической лапароскопии рекомендовано при неэффективности консервативной терапии для исключения эндометриоза, ВЗОМТ, спаечного процесса, а также у подростков для исключения врожденных пороков развития репродуктивной системы [1, 13, 16-17].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: диагностика дисменореи должна базироваться на клинической и инструментальной диагностике. Отсутствие лапароскопической визуализации эндометриоидных очагов не исключает наличие заболевания.

- Рекомендовано хирургическое лечение при выявлении органической причины дисменореи по соответствующим клиническим рекомендациям, размещенным в Рубрикаторе Минздрава России: эндометриоз [35], миома матки [36], воспалительные болезни женских тазовых органов [37].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

3.3. Иное лечение

- Не рекомендованы в качестве основных методов лечения дисменореи специальная диетотерапия, прием пищевых добавок, витаминов и минеральных добавок [1-3, 5, 8, 11]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано использование методов традиционной медицины (акупунктуры), физиотерапии, биологически-активных добавок и модификации образа жизни в сочетании с медикаментозной терапией при вторичной дисменорее или при первичной дисменорее у подростков для облегчения болевого синдрома [1, 20-24, 40].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендовано направлять пациенток при наличии жалоб на изменения психоэмоционального фона на консультацию к соответствующим специалистам (медицинский психолог, врач-психотерапевт) для оценки психоэмоционального состояния у женщин с дисменореей для повышения качества жизни, а при наличии сексуальных нарушений – на консультацию к медицинскому психологу [16, 18-19].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Специфическая профилактика дисменореи не разработана

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания к госпитализации: необходимость оперативного лечения

Показания к выписке: Клиническое выздоровление

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения Да/Нет
1	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) для исключения органической	Да/Нет

	причины дисменореи	
2	Назначена медикаментозная терапия дисменореи	Да/Нет
3	Выполнено хирургическое лечение при неэффективности консервативного лечения или при выявлении органической причины дисменореи	Да/Нет

Список литературы

1. Burnett M, Lemyre M. No. 345-primary dysmenorrhea consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can 2017; 39: 585 – 95.
2. Berkley K. Primary dysmenorrhea: An urgent mandate. International Association for the Study of Pain, 2013. Available at www.academia.edu/71348227/Primary_dysmenorrhea_An_urgent_mandate
3. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary dysmenorrhea: Diagnosis and therapy. Obstet Gynecol 2020; 136(5): 1047 – 58. doi: 10.1097/AOG.0000000000004096.
4. Armour M, Parry K, Manohar N, et al. The prevalence and academic impact of dysmenorrhea in 21,573 young women: A systematic review and meta-analysis. J Womens Health (Larchmt) 2019; 28(8): 1161 – 71. doi: 10.1089/jwh.2018.7615.
5. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: Prevalence, impact and recent knowledge. Pediatr Endocrinol Rev 2015; 13(2): 512 – 20.
6. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: A critical review. Hum Reprod Update 2015; 21(6): 762 – 78. doi: 10.1093/humupd/dmv039.
7. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress – Sexual and reproductive rights and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet 2018; 391(10140): 2642 – 92. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9.
8. McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. Am Fam Physician 2021; 104(2): 164 – 70.
9. Berkley K. Primary dysmenorrhea: An urgent mandate. International Association for the Study of Pain, 2013. Available at www.academia.edu/71348227/Primary_dysmenorrhea_An_urgent_mandate [Accessed 25 April 2023].
10. Ortiz MI, Espinoza-Ramírez AL, Cariño-Cortés R, Moya-Escalera A. Impacto de la dismenorrea primaria en el rendimiento académico de estudiantes universitarios [Impact of primary dysmenorrhea on the academic performance of university students]. Enferm Clin (Engl Ed). 2022 Sep-Oct; 32(5): 351-357. Spanish. doi: 10.1016/j.enfcle.2021.12.007.
11. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:869e910.
12. Taran FA, Stewart EA, Brucker S. Adenomyosis: epidemiology, risk factors, clinical phenotype and surgical and interventional alternatives to hysterectomy. Geburtshilfe Frauenheilkd 2013; 73: 924e31.
13. Laufer MR. Helping "adult gynecologists" diagnose and treat adolescent endometriosis: reflections on my 20 years of personal experience. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011 Oct; 24(5 Suppl): S13 – 7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2011.07.005>.
14. Manganaro L., Fierro F., Tomei A., Irimia D. et al. Feasibility of 3.0T pelvic MR imaging in the evaluation of endometriosis. Eur. J. Radiol. 2012; 81(6): 1381 – 7. DOI: 10.1016/j.ejrad.2011.03.049
15. Thomeer M.G., Steensma A.B., van Santbrink E.J., Willemsen F.E. et al. Can magnetic resonance imaging at 3.0-Tesla reliably detect patients with endometriosis? Initial results. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2014; 40(4): 1051 – 8. DOI: 10.1111/jog.12290
16. ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Human Reproduction Open, Volume 2022, Issue 2, 2022, hoac009, doi: 10.1093/hropen/hoac009
17. Dysmenorrhea: An update on primary healthcare management. Katie Christensen. AJPG Volume 53, Issue 1-2, January-February 2024. doi: 10.31128/AJGP/04-23-6815
18. Rogers SK, Ahamadeen N, Chen CX, Mosher CE, Stewart JC, Rand KL. Dysmenorrhea and psychological distress: a meta-analysis. Arch Womens Ment Health. 2023 Dec; 26(6): 719-735. doi: 10.1007/s00737-023-01365-6.

19. Zhao S, Wu W, Kang R, Wang X. Significant Increase in Depression in Women With Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Cumulative Analysis. *Front Psychiatry*. 2021 Aug 5; 12: 686514. doi: 10.3389/fpsy.2021.686514.
20. López-Liria R, Torres-Álamo L, Vega-Ramírez FA, García-Luengo AV, Aguilar-Parra JM, Trigueros-Ramos R, Rocamora-Pérez P. Efficacy of Physiotherapy Treatment in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 23; 18(15): 7832. doi: 10.3390/ijerph18157832.
21. Shetty GB, Shetty B, Mooventhan A. Efficacy of Acupuncture in the Management of Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2018 Aug; 11(4): 153-158. doi: 10.1016/j.jams.2018.04.001.
22. Matthewman G, Lee A, Kaur JG, Daley AJ. Physical activity for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Sep; 219(3): 255. e1-255. e20. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.001.
23. Woo HL, Ji HR, Pak YK, Lee H, Heo SJ, Lee JM, Park KS. The efficacy and safety of acupuncture in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jun; 97(23): e11007. doi: 10.1097/MD.00000000000011007.
24. Xu Y, Yang Q, Wang X. Efficacy of herbal medicine (cinnamon/fennel/ginger) for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Int Med Res*. 2020 Jun; 48(6): 300060520936179. doi: 10.1177/0300060520936179.
25. Wang L, Yan Y, Qiu H, Xu D, Zhu J, Liu J, Li H. Prevalence and Risk Factors of Primary Dysmenorrhea in Students: A Meta-Analysis. *Value Health*. 2022 Oct; 25(10): 1678-1684. doi: 10.1016/j.jval.2022.03.023.
26. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS; SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32 (7 suppl 2): S1-S32.
27. Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003; 17(1): 75-92.
28. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 2014 Mar 1; 89(5): 341 – 6. PMID: 24695505
29. Nie W, Xu P, Hao C, Chen Y, Yin Y, Wang L. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics for primary dysmenorrhea: A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020 May; 99(19): e19881. doi: 10.1097/MD.00000000000019881
30. Nie W, Xu P, Hao C, Chen Y, Yin Y, Wang L. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics for primary dysmenorrhea: A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020 May; 99(19): e19881. doi: 10.1097/MD.00000000000019881
31. Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks RS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (1): CD001751.
32. French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 2005; 71(2): 285-291.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2010; 115(1): 206-218.
34. Morrow C, Naumburg EH. Dysmenorrhea. *Prim Care*. 2009; 36(1): 19-32.
35. Клинические рекомендации "Эндометриоз". Российское общество акушеров-гинекологов. Год утверждения: 2020. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/259_1
36. Клинические рекомендации "Миома матки". Российское общество акушеров-гинекологов. Год утверждения: 2020. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/257_1
37. Клинические рекомендации "Воспалительные болезни женских тазовых органов". Российское общество акушеров-гинекологов. Год утверждения: 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/643_1
38. Carvalho N, Margatho D, Cursino K, Benetti-Pinto CL, Bahamondes L. Control of endometriosis-associated pain with etonogestrel-releasing contraceptive implant and 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system: randomized clinical trial. *Fertil Steril*. 2018; 110(6): 1129-

1136. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.07.003.

39. Christensen K. Dysmenorrhoea: An update on primary healthcare management. *Aust J Gen Pract.* 2024 Jan-Feb; 53(1-2): 19-22. doi: 10.31128/AJGP/04-23-6815. PMID: 38316473. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary dysmenorrhea: Diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol* 2020; 136(5): 1047 – 58. doi: 10.1097/AOG.0000000000004096.

40. Khashchenko, E.P.; Uvarova, E.V.; Chuprynin, V.D.; Pustynnikova, M.Y.; Fatkhudinov, T.K.; Elchaninov, A.V.; Gardanova, Z.R.; Ivanets, T.Y.; Vysokikh, M.Y.; Sukhikh, G.T. Pelvic Pain, Mental Health and Quality of Life in Adolescents with Endometriosis after Surgery and Dienogest Treatment. *J. Clin. Med.* 2023, 12, 2400. <https://doi.org/10.3390/jcm12062400>

41. Wang J, Deng K, Li L, Dai Y, Sun X. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. systemic medication or blank control for women with dysmenorrhea: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Glob Womens Health.* 2022; 3: 1013921. doi: 10.3389/fgwh.2022.1013921

42. Fox MC, Klipping C, Nguyen AM, Frenkl TL, Cruz SM, Wang Y, Korver T. A phase 2b multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial to evaluate the efficacy and safety of vaginal rings containing noregestrol acetate or etonogestrel and 17 β -estradiol in the treatment of women with primary dysmenorrhea. *Contraception.* 2019; 99(2): 125-130. doi: 10.1016/j.contraception.2018.10.009.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Адамян Лейла Владимировна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

Андреева Елена Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, президент Международной ассоциация акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.

Артымук Наталья Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

Сметник Антонина Александровна – к.м.н., заведующая отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ, президент Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.

Чернуха Галина Евгеньевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, президент МОО Ассоциация гинекологов-эндокринологов.

Уварова Елена Витальевна – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующая 2 гинекологическим отделением ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ИПО ФGAOY BO "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Хашченко Елена Петровна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник 2 гинекологического отделения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ в ЦФО.

Ярмолинская Мария Игоревна – профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гинекологии и эндокринологии репродукции ФГБУ "НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта", профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-акушеры-гинекологи,
2. Врачи-хирурги,
3. Врачи общей практики (семейный врач),
4. Студенты, ординаторы, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или

	нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых и иных документов:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (с изменениями и дополнениями);

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению".

3. ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Human Reproduction Open, Volume 2022, Issue 2, 2022, hoac009, doi: 10.1093/hropen/hoac009

4. Burnett M, Lemyre M. No. 345-primary dysmenorrhea consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can 2017; 39: 585 – 95.

5. Leyland N., Casper R., Laberge Ph. Et al. Endometriosis: Diagnosis and Management // Clinical Practice Guideline//JOGC. – 2010. – Vol. 32. – N 7. – P. 1-27.

6. ACOG Committee Opinion No. 760 Summary: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. Obstet Gynecol. 2018; 132(6): 1517-1518.

7. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология//М: ГЭОТАР-Медиа. – 4-е изд. – 2023. Москва: Проблемы репродукции.

Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

Дисменорея – это циклические боли в области малого таза, которые могут возникать накануне и в дни менструации, сопровождаться широким спектром других симптомов, например, тошнотой, рвотой, диареей, вздутием живота, усталостью.

Дисменорея может быть как самостоятельным гинекологическим состоянием, так и симптомом сопутствующего заболевания.

В ряде случаев дисменорея может быть крайне выраженная и влиять на Ваше физическое, сексуальное, психологическое и социальное благополучие.

Для диагностики дисменореи, как правило, достаточно опроса и сбора анамнеза на приеме у врача. Однако, для исключения возможной причины ее возникновения, необходимо проведение УЗИ органов малого таза, при необходимости – МРТ.

Варианты лечения включают обезболивающие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты и гормональные препараты. В ряде случаев, при отсутствии купирования боли лекарственными средствами и невозможности выявления причины дисменореи визуальными методами, может быть проведено хирургическое вмешательство. Хирургическое вмешательство наиболее чаще проводится лапароскопическим доступом.

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1

Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ)

Название на русском языке: Визуально-аналоговая шкала боли

Оригинальное название: Visual analogue scale.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация валидацией): Huskisson EC. Measurement of pain. Lancet 1974; 2: 1127 – 31.

Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis 1978; 37: 378 – 81.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

Содержание (шаблон):



ВАШ представляет собой прямую линию длиной 10 см. Пациенту предлагается сделать на

линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли. Начальная точка линии обозначает отсутствие боли – 0, затем идет слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая боли – 10. Расстояние между левым концом линии и сделанной отметкой измеряется в миллиметрах.

Ключ (интерпретация): чем больше балл, тем более выражена интенсивность боли.

Пояснения: пациента просят оценить выраженность боли в данный момент от 0 (минимальная) до 10 (максимальная). Так как заполнение анкеты ВАШ не требует много времени, оценку можно проводить ежедневно в течение всего курса лечения. Полученные таким образом данные могут явиться ценным отображением обезболивающего эффекта проводимого лечения. Следует так же по возможности вести учет объема анальгезирующей терапии и включать ее анализ в отчетные данные при оценке болевого синдрома.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/clinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.