



ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ



ՀՀ առողջապահության
նախարարություն

ԳԵՌԱՀԱՍԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԴԻՍՄԵՆՈՐԵԱՅԻ ՎԱՐՈՒՄԸ

Կլինիկական ուղեցույց
Նոյեմբեր 2019

ԵՐԵՎԱՆ
2019

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Նպատակ

Ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացուցողական բարձր արժեք ունեցող տեղեկություններ դեռահասային տարիքում առաջնային դիսմենորեայի ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ: Այն չի հակասում, այլ հիմնվելով ապացուցողական բժշկության արդի եվրոպական, ամերիկյան, կանադական, գրականության վրա լրացնում է գործող չափորոշիչները, հատկապես անդրադառնալով այնպիսի կլինիկական խնդիրներին, որոնք լուսաբանված չեն առկա փաստաթղթերում:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի «Երիտասարդների առողջության և մասնակցության խթանում» ծրագրի շրջանակներում: Ուղեցույցի աղբյուր են հանդիսացել Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG), ինչպես նաև Կանադայի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերության (SOGC) կողմից ներկայացված կլինիկական ուղեցույցները, PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում հիմք է ընդունվել ուսումնասիրությունների որակի գնահատումը ըստ Կանադայի Կանխարգելիչ ծառայությունների օպերատիվ խմբի կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1):

Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն ADAPTE միջազգային մեթոդաբանության:

Հիմնական պնդումների վերջում նշված են ապացուցողական աստիճանները՝ ըստ վերոհիշյալ աղբյուրների, համաձայն GRADE համակարգի: Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի, կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց, ինչպես նաև ուղեցույցի ներդրման արդյունքում քաղած դասերից: Ուղեցույցը նախատեսված է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային օղակում գործող մանկական գինեկոլոգների, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների, դեռահասների առողջության խնդիրներով զբաղվող մասնագետների, առողջապահության կազմակերպիչների համար:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են դեռահասային տարիքում առաջնային դիսմենորեայի վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել դեռահասային տարիքում առաջնային դիսմենորեա ունեցող պացիենտների վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ուղեցույց, դեռահասային տարիք, առաջնային դիսմենորեա, երկրորդային դիսմենորեա, կոնքային ցավ, դաշտանային ցավ

Կլինիկական ուղեցույցի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

Սարգսյան Ն.Ռ., մանկական գինեկոլոգ, ԵՊԲՀ թիվ 2 Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնի դասախոս

Գայանե Սահակյան, ՀՀ ԱՆ ակադ. Ս. Ավրաբեկյանի անվան ԱԱԻ փորձագետ-մեթոդաբան

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Ուղեցույցի մշակման և տպագրման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից: Ֆինանսավորվող կազմակերպությունը չի ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա: Աշխատանքային խմբի անդամները չեն ունեցել որևէ կոմերցիոն շահագրգռվածություն կամ այլ շահերի բախումը դեղագործական ընկերությունների կամ բուժապարագաների արտադրող/վաճառող ընկերությունների հետ:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին:

Կլինիկական ուղեցույցը ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ուղղորդող փաստաթուղթ է, որն օգնում է կայացնել գիտականորեն հիմնավորված որոշումներ՝ տվյալ հիվանդության կամ կլինիկական վիճակի վարման վերաբերյալ: Այնուամենայնիվ, որևէ կլինիկական ուղեցույց չի կարող ընդգրկել մասնավորվոր դեպքերի բոլոր հնարավոր տարբերակները: Ուղեցույցում ներառված ցուցումները դեպքի վարման կամ բուժման բացառիկ եղանակներ չեն պարտադրում: Դրանք պետք է գնահատվեն, հաշվի առնելով պացիենտի անհատական կարիքները, ինչպես նաև բուժհաստատության հնարավորությունները: Երբ պացիենտի դեպքը դուրս է ուղեցույցի շրջանակներից, ուղեցույցն օգտագործող բուժաշխատողն ինքն է պատասխանատվություն ստանձնում վարման պլանի մշակման և նեղ մասնագետի օգնությանը դիմելու անհրաժեշտության մասին որոշում կայացնելու համար:

© ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, 2019

Ուղեցույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ՈՍՀԲ	Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչներ
ՈԻՁՀ	Ուլտրաձայնային հետազոտություն
ՀՀՀ	Համակցված հորմոնային հակաբեղմնավորիչներ
ՌՎՀ	Ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություն
ՄՌԾ	Մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն
ՆՄԷԽ	Նյարդի միջմաշկային էլեկտրական խթանում
SOGC	Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada

ԲՈՎԱՆ ԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն	7
Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն	7
Սահմանում.....	7
Համաճարակաբանություն.....	7
Ռիսկի գործոններ	8
Ախտորոշում	8
Բուժում.....	11
Ոչ հորմոնային բուժում	11
Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչներ	11
Հորմոնային բուժում	12
Լրացուցիչ բուժում.....	13
Վիրաբուժական բուժում.....	15
Բուժման ծախսեր	16
Հետազա հսկողությունը	16
Տարբերակիչ ախտորոշում	16
Ընդհանուր դրույթներ	18
Խորհուրդների ամփոփում.....	18
Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ.....	19
Հավելված 1.	20
Հավելված 2	21
Գրականության ցանկ.....	22

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Առաջնային դիսմենորեան բնութագրվում է կրկնվող, կծկողական ցավերով որովայնի ստորին հատվածում, որոնք առաջանում են դաշտանի ընթացքում՝ կոնքային ախտաբանության բացակայության պայմաններում: Այն հանդիսանում է առավել տարածված գանգատը դեռահաս աղջիկների շրջանում: Բուժման նպատակն է կոնքային ախտաբանության բացառումը (երկրորդային դիսմենորեա) և տվյալ պացիենտի դիսմենորեայի ծանրությունից ելնելով, համապատասխան դեղորայքի ընտրությունը:

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՆՄԱՆ և ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄԵԹՈՂԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ուղեցույցի աղբյուր են հանդիսացել Կանադայի Մանկաբարձների և գինեկուղզների ընկերության Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline 2017 թ., ինչպես նաև PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով մինչև 2019թ. հրապարակված փաստաթղթերի միջև, բանալի բառերի միջոցով (“primary dysmenorrhea”, “adolescent girls”, “secondary dysmenorrhea”, “clinical guidelines”, “diagnostics”, “treatment”): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում հիմք է ընդունվել ուսումնասիրությունների որակի գնահատումը ըստ Կանադայի Կանխարգելիչ ծառայությունների օպերատիվ խմբի կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Հիմնական պնդումների վերջում նշված են ապացուցողականության աստիճանները՝ ըստ վերոհիշյալ աղբյուրների, համաձայն GRADE համակարգի:

ՍԱՀՄԱՆՈՒՄ[1]

Կլինիկական նպատակներից ելնելով, դիսմենորեան բաժանված է 2 մեծ խմբերի:

Առաջնային դիսմենորեան, որն ի հայտ է գալիս դաշտանի արյունային արտադրության փուլում՝ կոնքային ախտաբանության բացակայության պայմաններում:

Երկրորդային դիսմենորեան, որը սահմանվում է որպես ցավ դաշտանի ընթացքում, որի հիմքում ընկած է կոնքային ախտաբանությունը, օրինակ՝ էնդոմետրիոզը:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- **Դիսմենորեան շատ տարածված է և սովորաբար թերի բուժված (III):[7]**

Դեռահաս պացիենտների շրջանում դիսմենորեայի տարածվածությունը կազմում է 60-93% [2-5]: Ծատ դեռահասներ նշում են, որ դիսմենորեան խանգարում է իրենց ամենօրյա գործունեությանը, ինչպիսին է դպրոցը, սպորտային պարամունքները և այլ հասարակական ակտիվություն [3-6]: Սակայն այդ պացիենտների միայն 15% է դիմում բժշկական օգնության դաշտանային ցավերի կապակցությամբ, ինչը հավանաբար կապված է դիսմենորեայի թեթև ձևերի առկայության կամ ինքնաբուժության որոշակի արդյունավետության հետ: Սակայն անհրաժեշտ է շեշտել առաջնային դիսմենորեայով տառապող բոլոր դեռահասների շրջանում սքրինինգի անցկացման կարևորությունը

[4]:

Բնակչության հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ դիսմենորեան լայնորեն տարածված է բնակչության շրջանում անկախ ռասայից, աշխարհագրական դիրքից [7]:

Դիսմենորեան սովորաբար չի արտահայտվում, քանի դեռ չեն հաստատվել օվուլյատոր պարբերաշրջանները, որոնք հաստատվում են մենարխեից մի քանի ամիս կամ մի քանի տարի անց՝ կախված հիպոթալամ-հիպոֆիզար-ձվարանային ուղու հասունացման անհատական արագությունից:

Դեռահասների 18-45%-ի շրջանում օվուլյատոր պարբերաշրջաններ են հաստատվում մենարխեից 2 տարի անց, 45-70% -ի շրջանում՝ 2-4 տարի անց և 80% -ի շրջանում՝ 4-5 տարի անց [8]:

Երբեմն դիսմենորեան ուղեկցում է նաև անօվուլյատոր պարբերաշրջանները, հատկապես եթե առկա են առատ արյունային արտադրություն և արյան մակարդուկներ:

ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ [7]

Առկա են ապացույցներ առ այն, որ կյանքում հաճախակի փոփոխությունները, սոցիալական անբարենպաստ պայմանները, լարված ընտանեկան հարաբերությունները նպաստում են դիսմենորեայի դրսևորմանը: Այն կարող է ավելի տարածված լինել սոցիալական անբարենպաստ պայմաններում գտնվող խմբերում: Տրամադրության խանգարումները նույնպես կարող են դեր ունենալ ցավի հանդեպ գերզգայնության ձևավորման հարցում:

Ռիսկի գործոններից է հանդիսանում տարիքը: Դիսմենորեան առավել արտահայտված է դեռահասների շրջանում և կան ապացույցներ, որոնք փաստում են, որ ծննդաբերած կանայք ավելի հազվադեպ են ունենում դիսմենորեա:

Մեկ այլ ռիսկի գործոն է հանդիսանում ծխախոտի ծուխը: Վերջին պրոսպեկտիվ հետազոտություններում ցույց է տրված դիսմենորեայի կապը շրջակա միջավայր ծխախոտի ծխի արտազատման հետ: Նաև կան ապացույցներ, որ ծխելը խորացնում է դաշտանային ցավը:

ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ [1,7]

Առաջնային դիսմենորեան, որպես կանոն բնութագրվում է կծկողական, վերցալյքային ցավերով, որոնք սկսվում են մի քանի ժամ առաջ կամ մի քանի ժամ անց դաշտանի մեկնարկից հետո: Ախտանիշները հասնում են գագաթնակետին դաշտանի արյան առավելագույն արտահոսքի հետ [9] և կարող են պահպանվել մինչև 2-3 օր: Յուրաքանչյուր դաշտանային պարբերաշրջանի հետ ախտանիշները այս կամ այն չափով կրկնվում են [10]: Ցավը նոպայաձև է և տեղակայվում է որովայնի ստորին հատվածում միջին գծով, սակայն կարող է նաև դիտվել բութ բնույթի ցավ և տեղակայվել որովայնի ստորին 2 քառակուսիներում, գոտկային հատվածում կամ ազդրերի շրջանում:

Համակցված ախտանիշները ներառում են փորլուծություն, սրտխառնոց, փսխում, հոգնածություն, գլխապտույտ, թեթև գլխացավ, հազվադեպ՝ ուշազնացություն և տենդ [9,11-13]: Այս ախտանիշները վերագրվում են պրոստագլանդինների արտազատմանը [7]:

Դեռահաս աղջիկների շրջանում կարող է դիտվել դաշտանային ցավ նույնիսկ առաջին դաշտանի ժամանակ, առանց որևէ ակնհայտ պատճառի, հատկապես, երբ արյունային արտադրությունը առատ է և ուղեկցվում է մակարդուկներով [11]: Սակայն, դիսմենորեայի մեկնարկը մենարխեի հետ համատեղ պետք է մասնագետների ուշադրությունը գրավի սեռական ուղու հնարավոր օբստրուկտիվ ախտահարումների առումով [7]:

- **Ինչպես առաջնային, այնպես էլ երկրորդային դիսմենորեան, ամենայն հավանականությամբ, կարճազանքեն միևնույն դեղորայքային բուժմանը, հետևաբար, բուժման մեկնարկը կախված չէ ճշգրիտ ախտորոշման հաստատումից (II-1A):[7]**

Հետազոտություններ

Անամնեզ

Ամբողջական պատմությունը պետք է ներառի հետևյալ տեղեկությունները

- **Դաշտանային անամնեզ**
 - Մենարխեի տարիքը
 - Դաշտանի տևողությունը
 - Դաշտանային հոսքի գնահատում (արյան քանակ՝ տես «Սեռահասունացման տարիքում արգանդային անոմալ արյունահոսությունների վարումը» ուղեցույց)
 - Դաշտանային պարբերաշրջանների միջև տևողությունը
 - Վերջին 2 դաշտանային պարբերաշրջանների առաջին օրը
 - Մենարխեի և դիսմենորեայի առաջացման միջև ընկած ժամանակահատվածը
- **Ախտանիշների անամնեզ**
 - Ախտանիշների մեկնարկը և զարգացումը ժամանակի ընթացքում
 - Ախտանիշների կապը դաշտանի հետ
 - Հետևյալ ախտանիշների առկայությունը կամ բացակայությունը՝ սրտխառնոց, փսխում, փորլուծություն, գոտկային ցավեր, գլխապտույտ, հոգնածություն և գլխացավ դաշտանի ընթացքում
 - Ախտանիշների ազդեցությունը առօրյա ակտիվության վրա՝ դպրոց, սպորտային պարապմունքներ և այլն
 - Դեղորայքի ընդունում՝ տեսակ, դեղաչափ (անհրաժեշտ է գնահատել դեղորայքի արդյունավետությունը կախված ցավերի մեկնարկից մինչև գրանցված արդյունքը և առօրյա ակտիվությամբ լիարժեք զբաղվելու հնարավորությունը): Անհրաժեշտ է պարզել, թե նախկինում ինչ բուժում է փորձել, քանի որ պացիենտների մեծամասնությունը դեղամիջոցները կիրառում են ոչ բավարար դեղաչափով [7]:
 - Դիսմենորեայի ծանրությունը կարող է դասակարգվել, հիմնվելով դաշտանային ցավի աստիճանի, համակարգային ախտանիշների առկայության և առօրյա ակտիվության վրա ազդեցությամբ: Այդ համակարգերից մեկը արտացոլված է Հավելված 2-ում [1]:
- **Առողջապահական ծառայություններ իրականացնողները պետք է ներառեն հստակ հարցեր դաշտանային ցավերի վերաբերյալ, հիվանդության պատմության տեղեկատվություն հավաքելիս (III-B):[7]**

● **Սեռական պատմություն**

- Ընթացիկ սեռական ակտիվության և օգտագործվող հակաբեղմնավորման միջոցները
- Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների և կոնքի բորբոքային հիվանդությունների անամնեզ

Ֆիզիկական քննություն

Անհրաժեշտ է իրականացնել որովայնի զննում, շոշափելի ախտաբանությունը բացառելու նպատակով: Սեռական կյանքով չսպորող և առաջնային դիսմենորեայով տառապող պացիենտներին գինեկոլոգիական զննում անհրաժեշտ չէ [10-13]: Որոշ հեղինակներ խորհուրդ են տալիս զննել արտաքին սեռական օրգանները, կուսաթաղանթի ախտաբանությունը բացառելու նպատակով [12]: Մյուս կողմից, եթե անամնեզը վկայում է օրգանական հիվանդության առկայության կամ սեռական ուղու բնածին անոմալիաների մասին, և երբ պացիենտը պատշաճ չի արձագանքում առաջնային դիսմենորեայի բուժմանը, գինեկոլոգիական զննումը ցուցված է[7]:

Գործիքային հետազոտություններ

Լաբորատոր քննությունները, ՌԻՉՀ, ՄՌՇ ընդհանուր առմամբ չեն նպաստում դիսմենորեայի ախտորոշմանը[7]:

Չկան ապացույցներ ՌԻՉՀ ռուտին կիրառման անհրաժեշտության վերաբերյալ առաջնային դիսմենորեայի նախնական ախտորոշման համար: Դեռահասների շրջանում, ում գինեկոլոգիական զննումը հնարավոր չէ կամ ստացված տեղեկությունը անբավարար է, ՌԻՉՀ կարող է հայտնաբերել կոնքային գոյացություն կամ մյուլերյան խողովակի զարգացման օբստրուկտիվ անկանոնություններ: ՌԻՉՀ հետազոտությամբ հնարավոր չի հայտնաբերել օրգանական ախտահարումների ոչ արտահայտված ձևերը[7]:

ՄՌՇ օգտակար գործիք է ֆիբրոիդների, ադենոմիոզի, էնդոմետրիոզի որոշ տեսակների և արգանդի զարգացման արատների հայտնաբերման համար: Սակայն այս թանկարժեք հետազոտման եղանակը պետք է նախատեսված լինի դիսմենորեայի այն ձևերի համար, որոնք չեն արձագանքում 3-6 ամիսների համապատասխան բուժմանը [14,15]:

Էնդոմետրիոզը կարող է կապված լինել CA-125 մակարդակի բարձրացման հետ, իսկ դրա բացասական թեստը երբեմն կիրառվում է որպես օժանդակ մարկեր առաջնային դիսմենորեայի հաստատման համար [16]: Սակայն, հաշվի առնելով դրա ցածր զգայունությունը և յուրահատկությունը, CA-125 որոշումը խորհուրդ չի տրվում լայնորեն կիրառել հավելումների գոյացությունների բացակայության պարագայում:

Լապարոսկոպիան կարող է կիրառվել էնդոմետրիոզի, կոնքի բորբոքային հիվանդությունների կամ կոնքի կպումների ախտորոշման հաստատման համար: Այն պետք է իրականացնել, երբ այս ախտաբանությունների կասկածը շատ բարձր է և դեղորայքային բուժումը ձախողվել է: Դեռահաս աղջիկների շրջանում, որոնք բավարար չեն արձագանքում դեղորայքային բուժմանը, ախտորոշիչ լապարոսկոպիայի իրականացումը չպետք է հետաձգվի, քանի որ էնդոմետրիոզի վաղ ախտորոշման դեպքում բարելավվում է ցավի վերահսկողությունը [17]:

Դեռահասների շրջանում էնդոմետրիոտիկ օջախները կարող են ունենալ տարբեր ձևաբանություն: Ավելի երիտասարդ պացիենտների մոտ էնդոմետրիոտիկ օջախները բնութագրվում են որպես կարմիր բծեր: Նաև այդ տարիքային խմբում ավելի հաճախ

են հայտնաբերվում սպիտակ, պարզ ախտահարումները, քան դասական կապույտ-սև և վառողի այվածքների տեսք ունեցող օջախները, որոնք ավելի բնորոշ են մեծահասակների համար [18]: Որոշ հեղինակներ լապարոսկոպիայի ընթացքում առաջարկում են օգտագործել հեղուկ, որպես լայնացնող, ձգող միջոց, որը հեշտացնում է պարզ անգույն օջախների հայտնաբերումը, որոնք կարող են բաց թողնվել սովորական լապարոսկոպիկ եղանակի կիրառման ժամանակ [19]: Տեսանելի օջախների բիոպսիան խորհուրդ է տրվում ախտորոշման հյուսվածքաբանական հաստատման նպատակով, հատկապես երբ առկա են ատիպիկ օջախներ:

ԲՈՒԺՈՒՄ

Ոչ հորմոնային բուժում

Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչներ

ՈՍՀԲ դիտարկվում են առաջնային գծի բուժական միջոցներ այն պացիենտների համար, որոնց անհրաժեշտ չէ հակաբեղմնավորիչ էֆեկտ [1,20]: Դրանք նաև լավ լրացուցիչ միջոց են համարվում նրանց համար, ովքեր ընտրում են հորմոնային հակաբեղմնավորիչները: Ռ-անդոմիզացված հետազոտություններում ՈՍՀԲ ընդունող պացիենտների մոտավորապես 70-90% շրջանում դիտվել է ցավազրկում, որի արդյունավետությունը ավելի մեծ է եղել, քան պլացեբոյի դեպքում [1,21,22]:

Նաև Կոհրեյնի տվյալների բազայի վերջին վերանայումները ցույց են տվել, որ ՈՍՀԲ հետևողականորեն ավելի արդյունավետ են եղել, քան պլացեբոն, թեև կողմնակի ազդեցությունները նշանակալիորեն ավելի շատ են դիտվել [22]:

Երբ համեմատվել են ՈՍՀԲ միմյանց հետ, նրանց արդյունավետությանը, անվտանգությանը վերաբերող տվյալները չեն ցուցաբերել զգալի տարբերություն: ՈՍՀԲ ընդունող պացիենտների շրջանում ավելի հազվադեպ են դիտվել առօրյա ակտիվության սահմանափակումները և բացակայությունները աշխատանքից կամ դպրոցից՝ համեմատ պլացեբո ընդունող խմբի [7]:

- **ՈՍՀԲ, որոնք նշանակվում են կանոնավոր ռեժիմով, պետք է դիտարկել, որպես առաջին գծի բուժական միջոց պացիենտների մեծամասնության համար (I-A):[7]**
- **ՈՍՀԲ առավել արդյունավետ են պլացեբոյի համեմատ, սակայն ունեն ավելի շատ արտահայտված ստամոքս-աղիքային կողմնակի ազդեցություններ: Այժմ հասանելի բոլոր ՈՍՀԲ համադրելի են արդյունավետությամբ և անվտանգությամբ (I):[7]**

ՈՍՀԲ նաև, որպես կանոն ավելի արդյունավետ են, քան ացետամինոֆենը դիսմենորեայի բուժման համար:

Ացետամինոֆենը ցավազրկող միջոց է, որը ցիկլոօքսիգենազայի թույլ արգելակիչ է բորբոքային հյուսվածքներում պերօքսիդի բարձր քանակության պայմաններում: Այն ունի ստամոքսաղիքային ուղու կողմից լավ տանելիություն, և չի արգելակում հեմոստազը: 2007 թ. ռանդոմիզացված ուսումնասիրությամբ ցույց է տրվել, որ ացետամինոֆենը և ացետամինոֆենը կոֆեինի հետ գերազանցել են պլացեբոն առաջնային դիսմենորեայի բուժման հարցում [23]:

ՈՍՀԲ անհրաժեշտ է սկսել դաշտանի մեկնարկի հետ և շարունակել առաջին մեկ-եր-

կու օրերի ընթացքում: Դրանք առավել արդյունավետ են ախտանիշների մեկնարկի հետ կիրառման դեպքում, պրոստագլանդին սինթետազայի վրա ազդեցության շնորհիվ[1]:

Ծանր ախտանիշներով պացիենտները պետք է սկսեն ՈՍՀԲ ընդունումը դաշտանի մեկնարկից մեկ-երկու օր առաջ: Եթե պացիենտը չի արձագանքում ՈՍՀԲ դեղամիջոցների մեկ դասի, նպատակահարմար է անցնել ՈՍՀԲ դեղամիջոցների մեկ այլ դասի[1]:

Դա տեղի է ունենում այն պատճառով, որ պացիենտները տարբերվում են իրենց արձագանքով տվյալ դեղամիջոցի նկատմամբ, հավանաբար պայմանավորված դրանց ֆարմակոդինամիկայի տարբերություններով: Օրինակ՝ իբուպրոֆենը և նապրոքսենը (պատկանում են ՈՍՀԲ պրոպիոնաթթվի խմբին) կլինիկական պրակտիկայում լայնորեն կիրառվում են դիսմենորեայի բուժման համար: Մեֆենամինաթթուն (ֆենամատների խմբից) եզակի է այն պատճառով, որ այն միաժամանակ արգելակում է պրոստագլանդին սինթետազան և արգելափակում արդեն արտադրված պրոստագլանդինների ազդեցությունը[1]:

ՈՍՀԲ անհրաժեշտ է ընդունել սննդի հետ, որպեսզի նվազագույնի հասցնել կողմնակի բարդությունները, ինչպիսիք են ստամոքսաաղիքային ուղու զրգռումը կամ արյունահոսությունը: Քանի որ ցիկլոօքսիգենազա-2 ընտրողական արգելակիչների կիրառումը ասոցացվում է որոշակի ծանր կողմնակի ազդեցությունների հետ, սովորաբար կիրառվում են ցիկլոօքսիգենազայի ոչ ընտրողական արգելակիչներ[1]:

Հորմոնային բուժում

ՀՀՀ որպես երկրորդ գծի բուժական միջոց են հանդիսանում այն պացիենտների համար, որոնք սեռական ակտիվ կյանք չեն վարում և պատշաճ չեն արձագանքում ՈՍՀԲ բուժմանը կամ դրանց նկատմամբ ունեն անտանելիություն [24]: ՀՀՀ կարող են հանդիսանալ առաջին գծի բուժական միջոցներ սեռական ակտիվ պացիենտների շրջանում, քանի որ դրանք կանխում են և հղիությունը և դիսմենորեան [20]:

- **Հակացուցումների բացակայության պայմաններում հորմոնային բուժում պետք է առաջարկել այն կանանց և աղջիկներին, ովքեր ներկայումս չեն պլանավորում հղիություն (I-A):[7]**
- **Խորհուրդ է տրվում ՀՀՀ մշտական կամ երկարատև օգտագործումը (I-A). [7]**

ՀՀՀ կանխում են դաշտանային ցավը ճնշելով ձվազատումը և նվազեցնելով արգանդում պրոստագլանդինների սինթեզը: Լրացուցիչ նշանակություն կարող է ունենալ դաշտանային արյան ծավալի նվազումը, ՀՀՀ մի քանի ամիս կիրառելուց հետո: Ռանդոմիզացված հետազոտություններով ցույց է տրվել ՀՀՀ չափավոր արդյունավետություն ցավի մեղմացման հարցում դեռահասների շրջանում [24,25]: ՀՀՀ արդյունավետությունը առաջնային դիսմենորեայի դեպքում ուղղակիորեն չի համեմատվել ՈՍՀԲ հետ[1]:

- **Ձվազատման ընկճումը կապվում է դաշտանային ցավի մեղմացման հետ (II-1):[7]**
- **Ցանկացած եղանակով առաջացած ամենորեան օգտակար է դիսմենորեայի բուժման համար (II-2):[7]**

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԲՈՒԺՈՒՄ

Ֆիզիկական վարժություններ

4 ռանդոմիզացված հետազոտություններ և 2 դիտորդական ուսումնասիրությունների վերանայումներ ցույց են տվել, որ ֆիզիկական վարժությունները ասոցացվում են դիսմենորեայի ախտանիշների նվազեցման հետ [26]:

Այնուամենայնիվ, այս հետազոտությունների վերաբերյալ մատնանշվել են բազմաթիվ մեթոդաբանական թերություններ: 2010 թ. Կոհրեյնի տվյալների բազայի վերանայումների հեղինակներին հաջողվել է ստանալ մեկ որակավորված ուսումնասիրության արդյունքում ստացված տվյալներ, որոնց վրա են հիմնվել եզրակացությունները: Այդ տվյալները վկայում են, որ ֆիզիկական վարժությունները նվազեցնում են դիսմենորեայի ախտանիշները 3 ցիկլերից ավել կատարման պարագայում:

Ոչ-մարզիկ դեռահասների շրջանում անցկացված ուսումնասիրություններում համեմատվել են ջրային վարժություններ կատարողների և չկատարողների խմբերը [27]:

Առաջին խմբում դիտվել է դիսմենորեայի զգալի նվազում: Ենթադրելով, որ ֆիզիկական վարժությունները հազիվ թե վնաս հասցնեն, խելամիտ է խորհուրդ տալ դրանք նույնիսկ առանց ռանդոմիզացված հետազոտություններից ստացված ուժեղ ապացույցների:

- **Կանոնավոր ֆիզիկական վարժությունները, ամենայն հավանականությամբ, բարելավում են դիսմենորեայի ախտանիշները և պետք է խորհուրդ տրվեն (II-1A)[7]**

Նյարդի միջմաշկային էլեկտրական խթանում[7]

ՆՄԷԽ ներառում է մաշկի խթանման համար էլեկտրոդների օգտագործումը, տարբեր հաճախականությունների և ինտենսիվության, փորձելով նվազեցնել ցավի ընկալումը: ՆՄԷԽ կարող է լինել բարձր կամ ցածր հաճախականության: 2002 թ. կատարվել են Կոհրեյնի տվյալների բազայի 8 հետազոտությունների վերանայումներ, որոնք խորհուրդ են տալիս բարձր հաճախականության ՆՄԷԽ կիրառումը, որպես բուժման արդյունավետ տարբերակ: Վերջին կույր հետազոտությունների տվյալները նույնպես նախապատվությունը տվեցին բարձր հաճախականության ՆՄԷԽ կիրառմանը տեղային ջերմային թերապիայի հետ համատեղ: Չնայած չկան ապացույցներ առ այն, որ բարձր հաճախականության ՆՄԷԽ ունի առավելություններ ստանդարտ թերապիայի համեմատ, այն կարող է այլընտրանքային բուժման միջոց համարվել այն պացիենտների շրջանում, որոնք չեն կարողանում կամ չեն ցանկանում ընդունել ՈԱՀԲ: ՆՄԷԽ կիրառման ընթացքում կարող են դիտվել կողմնակի երևույթներ՝ մկանների լարվածություն, մաշկի կարմրություն կամ այրվածք, գլխացավ, սրտխառնոց: Ցածր հաճախականության ՆՄԷԽ չեն գերազանցում պլացեբոն և խորհուրդ չեն տրվում որպես դիսմենորեայի այլընտրանքային բուժում:

- **Նյարդի միջմաշկային էլեկտրական խթանումը պետք է համարել լրացուցիչ բուժում կամ բուժման եղանակ այն պացիենտների համար, որոնք չեն կարող կամ չեն ցանկանում ստանալ ավանդական բուժում (II-1B) [7]**

Ակուպունկտուրա և ակուպրեսուրա[7]

Ակուպունկտուրային խթանման կիրառումը (ակուպունկտուրա կամ ակուպրեսուրա) միայնակ կամ այլ բուժումների հետ համատեղ դարձել է վերջին տարիների ակտիվ ուսումնասիրման օբյեկտ: Կոհրեյնի տվյալների բազայի 2011 թ. վերանայումները ներկայացրել են որոշակի ապացույցներ ակուպունկտուրայի կիրառման դեպքում առաջնային դիսմենորեայի ժամանակ ախտանիշների մեղմացման վերաբերյալ, որոնք հիմնված են 6 ռանդոմիզաված հետազոտությունների մեթա-վերլուծությունների վրա: Ակուպունկտուրան գերազանցել է պլացեբոն և չինական բույսերը դաշտանային ցավի մեղմացման գործընթացում: Այնուամենայնիվ, մեծ քանակությամբ հետազոտությունների ուսումնասիրություններից եզրակացվել է, որ ակուպունկտուրայի արդյունավետության վերաբերյալ ապացույցները հակասական են և անհուսալի:

- **Ասեղնաբուժությամբ խթանումը պետք է դիտարկել այն պացիենտների համար, ովքեր ցանկանում են օգտագործել լրացուցիչ կամ այլընտրանքային բուժում (II-1B):[7]**

Տեղային ջերմային բուժում[7]

Ռ-ՎՀ համեմատել են տեղային տաքացման արդյունավետությունը ներքին ընդունման իբուպրոֆենի և/կամ պլացեբոյի հետ: Տաք բարձիկները, տեղադրված որովայնի ստորին հատվածում արդյունավետությամբ գերազանցել են պլացեբոն և համադրելի են իբուպրոֆենի հետ ցավի մեղմացման համար: Ցավի ավելի արագ մեղմացում տեղի է ունենում տաք բարձիկների տեղադրման դեպքում իբուպրոֆենի հետ համատեղ համեմատ առանց իբուպրոֆենի:

Տեղային տաքացնող բարձիկը ապահովում է ավելի արդյունավետ ցավազրկում, ացետամինոֆենի համեմատ: Տեղային ջերմային բուժումը և ֆիզիկական վարժությունները կարող են ապահովել ցավային ախտանիշների մեղմացում դեռահասների շրջանում:

Քանի որ տաքացնող բարձիկները հեշտ հասանելի են և ոչ ծախսատար, դրանք կարող են խորհուրդ տրվել ցավի մեղմացման համար առաջնային դիսմենորեայի ժամանակ:

- **Տեղային ջերմային բուժումը խորհուրդ է տրվում տաքացնող բարձիկների ձևով, որպես դիսմենորեայի բուժման լրացուցիչ եղանակ (I-A):[7]**

Սննդային հավելումներ[7]

Մեծաքանակ դեղաբույսեր և վիտամիններ են առաջարկվում առաջնային դիսմենորեայի բուժման համար:

Բազմաթիվ հետազոտություններ են արվել այս արտադրանքների արդյունավետությունը ստուգելու համար, և այժմ բազմաթիվ Ռ-ՎՀ են հրապարակվում:

Կոճապղպեղն ուսումնասիրվել է մի քանի փոքր Ռ-Հ, որոնք ենթադրում են, որ դրա ընդունումը 750-2000 մգ քանակով դաշտանի առաջին 3-4 օրերի ընթացքում կարող է ունենալ համադրելի արդյունավետություն ՈՍՀԲ հետ և հավանաբար, առավել արդյունավետ է պլացեբոյի համեմատ:

Վերջերս անցկացված Կոհրեյնի տվյալների բազայի վերանայումը ներառում է 27 Ռ-Հ, 3101 կանանց մասնակցությամբ, որտեղ ուսումնասիրվել են սննդային հավելումները դիսմենորեայի ժամանակ: Արդյունքում, ըստ եզրակացության որակյալ ապացույցները

բացակայում են: Առնվազն 1 ՌՀ հիման վրա, արդյունավետության որոշ ապացույցներ են ստացված կոճապղպեղի, ձկան յուղի, վիտամին B1-ի, կատվախտոտի, ցինկի սուլֆատի համար:

- **Կոճապղպեղը խորհուրդ է տրվում այն պացիենտներին, ովքեր ցանկանում են օգտագործել լրացուցիչ կամ այլընտրանքային բուժում (I-A) [7]**

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄ [7]

Ժամանակի ընթացքում դեռահասների մեծ մասի շրջանում կոհտվի ցավի մեղմացում կամ անհետացում, որոշ դեռահասների մոտ կարող է պահպանվել կայուն ցավը: Այդ դեպքերում առաջնային դիսմենորեան կարող է չլինել ցավի առաջացման պատճառ: Անհրաժեշտ կլինի մանրակրկիտ հետազոտություն այլ հնարավոր պատճառագիտական գործոնները պարզելու համար, օրինակ՝ մանրակրկիտ ֆիզիկական քննությունը ներառյալ ռեկտովագինալ խտրոցի հետազոտումը, m. levator ani և որովայնի պատի մկանների զննումը:

Լրացուցիչ հետազոտությունները, ինչպիսիք են կոնքի ՌԻՁՀ, ՄՌԾ, ցիստոսկոպիա և/կամ կոլոնոսկոպիան կարող են օգնել անհարկի լապարոսկոպիայից խուսափելուն: CA-125 որոշումը անհրաժեշտ է կատարել հավելումների գոյացությունների դեպքում:

Լապրոսկոպիկ հետազոտության և բուժման անցկացման ժամանակը վիճարկվում են: Մասնագետները պետք է նվազագույնի հասցնեն վիրաբուժական միջամտությունները, քանի որ կրկնվող միջամտությունները հարուցում են սթրես և կարող են առաջացնել այլ հնարավոր ցավային համախտանիշներ, ինչպիսիք են նեյրոպաթիկ ցավը և կպումները:

Լապարոսկոպիա [7]

Ախտորոշիչ լապարոսկոպիան կարող է օգտակար լինել, և վիրաբույժը պետք է պատրաստ լինի սկսելու միաժամանակ բուժումը (էնդոմետրիոտիկ օջախների հեռացումը, զարգացման անոմալիաների շտկումը), եթե հայտնաբերվում է էնդոմետրիոզ, որը հանդիսանում է դիսմենորեայի հետ ասոցացված ամենահաճախակի հայտնաբերվող ախտաբանությունը:

Բոլոր տարբերակները և փոխկապակցված ռիսկերը պետք է հստակ քննարկվեն պացիենտի/ծնողի հետ, անկացվող միջամտությունների պլանը պետք է հստակեցվի, կախված անոմալիաների առկայությունից կամ բացակայությունից: Ցանկացած միջամտության ծավալի վերաբերյալ անհրաժեշտ է ստանալ տեղեկացված համաձայնագիր, որը հնարավոր է քննարկել վիրահատության ընթացքում, ներառյալ բարդությունների ռիսկը [7]:

- **Նախավիրահատական հետազոտությունը պետք է ներառի մանրամասն պատմություն, ֆիզիկական քննության, ՌԻՁՀ և ՄՌԾ տվյալները, երկրորդային դիսմենորեայի պատճառները բացահայտելու համար և ուղղորդի համապատասխան բուժման (III-A): [7]**
- **Վիրահատությունը պետք է դիտարկվի միայն համաձայնեցված ուսումնասիրության դեպքում, երբ դեղորայքային բուժումը ձախողվել է (III-A): [7]**

ԲՈՒԺՄԱՆ ՁԱԽՈՂՈՒՄ

Եթե առաջարկված բուժման եղանակները երկու-երեք ցիկլ հետո արդյունավետություն ցույց չեն տալիս (օրինակ, ՈԱՀԲ կամ ՀՀՀ), առաջին հերթին անհրաժեշտ է գնահատել և անդրադառնալ նշանակված բուժման կատարմանը պացիենտի կողմից: Եթե խնդիրը բուժման կատարման մեջ չէ, առաջարկել բուժման համակցված տարբերակ: Համակցված բուժումը ՀՀՀ և ՈԱՀԲ կարող է արդյունավետ լինել այն պացիենտների շրջանում, որոնց մոտ պահպանվում են ախտանիշները միայն մեկ դեղորայքի կիրառման ժամանակ: Այլ բուժական տարբերակները ներառում են տարբեր հորմոնային միջոցներ, ինչպիսիք են, օրինակ, երկարատև ազդեցության պրոգեստերոնային իմպլանտները կամ դեպո-մեդրոքսիպրոգեստերոնը[1]:

ՀԵՏԱԳԱ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ

Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել դիսմենորեայով պացիենտների բուժմանը՝ մեկնարկից առաջին մի քանի ամիսների ընթացքում, գնահատել բուժման արդյունավետությունը: Այն դեռահաս աղջիկները, որոնք չեն արձագանքում առաջին կամ երկրորդ գծի բուժմանը, ունեն կրկնվող ցավեր կամ ախտանիշներ, որոնք վատթարանում են բուժման ընթացքում, պետք է վերազնահատվեն երկրորդային դիսմենորեայի պատճառների հայտնաբերման նպատակով: Այդ դիտարկումները պետք է ուղղորդեն դեռահասների խնդիրներով զբաղվող գինեկոլոգին կամ դեռահասների բժշկությամբ զբաղվող մասնագետներին դեպի մանրամասն հետազոտում, քանի որ պահպանվող ցավի հիմքում կարող է ընկած լինել կոնքային ախտաբանությունը և անհրաժեշտ կլինի դիտարկել հորմոնային թերապիայի այլընտրանքային ձևերը[1,20,28]:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Դիսմենորեայի ընդհանրացված տարբերակիչ ախտորոշումը ներկայացված է Աղյուսակ 1: Էնդոմետրիոզը երկրորդային դիսմենորեայի ամենատարածված պատճառն է: Դեռահաս աղջիկների շրջանում էնդոմետրիոզ է հայտնաբերվում մոտ 70% դեպքերում, երբ այդ պացիենտները ենթարկվում են լապարոսկոպիկ միջամտության քրոնիկ կոնքային ցավերի պատճառով, կապված ՈԱՀԲ և ՀՀՀ անարդյունավետության հետ [29]: Քրոնիկ կոնքային ցավերի ոչ գինեկոլոգիական պատճառները ներառում են կոնքային կպումները, աղիների բորբոքային հիվանդությունները, գրգռված աղու համախտանիշը, ինտերստիցիալ ցիստիտը և հոգեբանական խանգարումները, որոնք կարող են լինել առավել արտահայտված դաշտանի ժամանակ [30]:

Աղյուսակ 1. Դիսմենորեայի տարբերակիչ ախտորոշում [7]

1. Առաջնային դիսմենորեա
2. Երկրորդային դիսմենորեա
 - Էնդոմետրիոզ
 - Ադենոմիոզ
 - Արգանդի միոմա
 - Ցերվիկալ ստենոզ
 - Սեռական ուղու օբստրուկտիվ ախտահարումներ

3. Դաշտանային ցավերի այլ պատճառները կարող են ներառել

- Կոնքի բորբոքային հիվանդություններ
- Կոնքի կպումներ
- Գրգռված աղու համախտանիշ
- Աղիների բորբոքային հիվանդություններ
- Ինտերստիցիալ ցիստիտ
- Տրամադրության խանգարումներ
- Մկանափակեղային ցավ

Սովորաբար առաջնային դիսմենորեան երկրորդայինից և այլ խանգարումներից տարբերակելու համար բավարար են մանրակրկիտ անամնեզը և ֆիզիկական քննությունը [1]

Անատոմիական անոմալիաները- Սկսում են արտահայտվել մենարխեի հետ և քիչ հավանական է, որ դրանք լինեն առաջնային դիսմենորեայի պատճառ, քանի որ այդ ժամանակահատվածում դաշտանային պարբերաշրջանները լինում են անօվուլյատոր մի քանի ամսից մինչև մի քանի տարի մենարխեից հետո: Այս դեպքում հնարավոր պատճառն է կուսաթաղանթի բացվածքի ոչ լիաժեք ֆենեստրացիան կամ մյուլլերյան ծորանի զարգացման այլ խանգարումները:

Էնդոմետրիոզ - բնորոշ են դաշտանային ցավեր, որոնք ժամանակի ընթացքում ուժեղանում են և կարող են լինել ցիկլիկ կամ ոչ ցիկլիկ: Փոքր կոնքի օրգանների զննումը կարող է հայտնաբերել արգանդասրբանային կապանի հանգուցավոր կառուցվածք:

Հոգեբանական գործոններ - պացիենտի ամբողջական հոգեոցիալական պատմությունը կարող է ենթադրել որովայնի շրջանում ցավերի պատճառներ, ինչպիսիք են դեպրեսիան, հոգեներգործուն նյութերի չարաշահումը կամ սթրեսը:

Կոնքի բորբոքային հիվանդություններ - դեռահասների շրջանում, որոնք ունեն կոնքի վարակային հիվանդություններ (գոնորեա, խլամիդիա) կարող են առաջանալ կպումներ, որոնք կարող են ցավի պատճառ հանդիսանալ, հատկապես դաշտանի ժամանակ: Զննման ընթացքում, այդպիսի պացիենտների մոտ հայտնաբերվում են ցավոտություն որովայնի ստորին հատվածում արտաքին շոշափման ժամանակ:

Աղյուսակ 2. ՈՍՀԲ կիրառումը դաշտանի ընթացքում առաջնային դիսմենորեայի բուժման նպատակով դեռահասների և երտասարդների շրջանում [20]

Դեղամիջոց	Դեղաչափ
Իբուպրոֆեն	800 մգ սկզբնական, հաջորդիվ 400-800 մգ յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ ըստ անհրաժեշտության
Նապրոքսեն սողիում	440-550 մգ սկզբնական, հաջորդիվ 220-550մգ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ ըստ անհրաժեշտության
Մեֆենամիկ թթու	500 մգ սկզբնական, հաջորդիվ 250 մգ յուրաքանչյուր 6 ժամը ըստ անհրաժեշտության
Ցեկլոքսիբ*	400 մգ սկզբնական, հաջորդիվ 200 մգ յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ ըստ անհրաժեշտության

* Նախատեսված է 18 ից բարձր պացիենտների համար

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Դիսմենորեան շատ տարածված է և սովորաբար թերի բուժված (III):[7]
2. ՈՍՀԲ առավել արդյունավետ են պլացեբոյի համեմատ, սակայն ունեն ավելի շատ արտահայտված ստամոքս-աղիքային կողմնակի ազդեցություններ: Այժմ հասանելի բոլոր ՈՍՀԲ համադրելի են արդյունավետությամբ և անվտանգությամբ (I):[7]
3. Ձվազատման ընկճումը կապվում է դաշտանային ցավի մեղմացման հետ (II-1): [7]
4. Ցանկացած եղանակով առաջացած ամենորեան օգտակար է դիսմենորեայի բուժման համար (II-2):[7]

ԽՈՐՀՈՒՐԴՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓՈՒՄ

1. Ինչպես առաջնային, այնպես էլ երկրորդային դիսմենորիան, ամենայն հավանականությամբ, կարծազանքեն միևնույն դեղորայքային բուժմանը, հետևաբար, բուժման մեկնարկը կախված չէ ճշգրիտ ախտորոշման հաստատումից (II-1A):[7]
2. Առողջապահական ծառայություններ իրականացնողները պետք է ներառեն հստակ հարցեր դաշտանային ցավերի վերաբերյալ, հիվանդության պատմության տեղեկատվություն հավաքելիս (III-B):[7]
3. Փոքր կոնքի օրգանների հետազոտություն չի պահանջվում մինչ բուժման սկիզբը (III-D):[7]
4. Փոքր կոնքի օրգանների հետազոտումը ցուցված է այն պացիենտներին, որոնք չեն արձագանքում ավանդական բուժմանը և որոնց մոտ առկա է օրգանական ախտաբանության կասկած (III-B):[7]
5. ՈՍՀԲ, որոնք նշանակվում են կանոնավոր ռեժիմով, պետք է դիտարկել, որպես առաջին զծի բուժական միջոց պացիենտների մեծամասնության համար (I-A):[7]
6. Հակացուցումների բացակայության պայմաններում հորմոնային բուժում պետք է առաջարկել այն կանանց և աղջիկներին, ովքեր ներկայումս չեն պլանավորում հղիություն (I-A):[7]
7. Խորհուրդ է տրվում ՀՀՀ մշտական կամ երկարատև օգտագործումը (I-A):[7]
8. Կանոնավոր ֆիզիկական վարժությունները, ամենայն հավանականությամբ, բարելավում են դիսմենորեայի ախտանիշները և պետք է խորհուրդ տրվեն (II-1A):[7]
9. Տեղային ջերմային բուժումը խորհուրդ է տրվում տաքացնող բարձիկներ ձևով, որպես դիսմենորեայի բուժման լրացուցիչ եղանակ (I-A):[7]
10. Նյարդի միջմաշկային էլեկտրական խթանումը պետք է համարել լրացուցիչ բուժում կամ բուժման եղանակ այն պացիենտների համար, որոնք չեն կարող կամ չեն ցանկանում ստանալ ավանդական բուժում (II-1B) [7]
11. Ասեղնաբուժությամբ խթանումը պետք է դիտարկել այն պացիենտների համար, ովքեր ցանկանում են օգտագործել լրացուցիչ կամ այլընտրանքային բուժում (II-1B):[7]
12. Կոճապղպեղը խորհուրդ է տրվում այն պացիենտներին, ովքեր ցանկանում են օգտագործել լրացուցիչ կամ այլընտրանքային բուժում (I-A):[7]
13. Նախապիրահատական հետազոտությունը պետք է ներառի մանրամասն պատմություն, ֆիզիկական քննության, ՌԻՉԸ և ՄՌԾ տվյալները, երկրորդային դիսմենորեայի պատճառները բացահայտելու համար և ուղղորդի համապատասխան բուժման (III-A):[7]

14. Վիրահատությունը պետք է դիտարկվի միայն համաձայնեցված ուսումնասիրության դեպքում, երբ դեղորայքային բուժումը ձախողվել է (III-A):[7]

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Ուղեցույցի ներդրումը հնարավոր է Հայաստանում գործող շարունակական մասնագիտական զարգացման գործառույթների շրջանակներում, ինչպես նաև նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

Ներդրման հնարավոր խոչընդոտները

- Դեռահասների հետ առնչվող բժիշկների գիտելիքների և կլինիկական հմտությունների ոչ բավարար մակարդակ:
- Արտահիվանդանոցային օղակում գործող բժիշկների շրջանում մոտիվացիայի պակաս:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1.

ԿԱՆԱԴԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ ԽՄԲԻ ԿՈՂՄԻՑ ՄՇԱԿՎԱԾ ՄԵՌՈՂ

Ապացույցի գնահատման հատկանիշ	Առաջարկությունների սանդղակ
<p>I Ապացույցները ձեռք են բերվել առնվազն մեկ պատշաճ կերպով մշակված ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտության արդյունքում:</p> <p>II-1 Ապացույցները ձեռք են բերվել լավ մշակված ոչ ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների արդյունքում:</p> <p>II-2 Ապացույցները ձեռք են բերվել լավ մշակված կոհորտային կամ “դեպք հսկողություն” անալիտիկ ուսումնասիրությունների արդյունքում: Ցանկալի է, որ ուսումնասիրությունները անցկացված լինեն ավելի քան մեկ կենտրոնի կամ հետազոտական խմբի կողմից:</p> <p>II-3 Ապացույցները ձեռք են բերվել ժամանակային շարքերի վերլուծությունների արդյունքում՝ միջամտության միջոցով կամ առանց միջամտության: Ոչ հսկողական փորձարկումների մեծաքանակ արդյունքները նույնպես կարող են համարվել այս տեսակի ապացույցներ:</p> <p>III Կլինիկական փորձի վրա հիմնված հեղինակավոր մարմինների կարծիքներ, նկարագրական վերլուծություններ կամ փորձաքննական հանձնաժողովների հաշվետվություններ:</p>	<p>A մակարդակ. Առաջարկությունների հիմքում ընկած են դրական, հետևողական գիտական ապացույցները:</p> <p>B մակարդակ. Առաջարկությունների հիմքում ընկած են ոչ բավարար կամ ոչ հետևողական գիտական ապացույցները:</p> <p>C մակարդակ. Առաջարկությունների հիմքում ընկած են հիմնականում կոնսենսուսը և փորձագիտական կարծիքը:</p>

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2.

ԴԻՍՄԵՆՈՐԵԱՅԻ ՎԵՐԲԱԼ/ԲԱՆԱՎՈՐ/ԲԱԶՄԱԶԱՓ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳ[1]

Աստիճան	Աշխատունակություն	Համակարգային ախտանիշներ	Ցավագրկողներ
Աստիճան 0. Դաշտանը ցավոտ չէ և առօրյա ակտի- վությունը տուժած չէ	Տուժած չէ	Բացակայում են	Չի պահանջվում
Աստիճան 1. Դաշտանը ցավոտ է բայց հազվադեպ է խոչընդոտում առօ- րյա ակտիվությանը, ցավագրկողների կարիք հազվադեպ է լինում, ցավը՝ թույլ արտահայտված	Հազվադեպ է տուժում	Բացակայում են	Հազվադեպ է պահանջվում
Աստիճան 2. Առօրյա ակտիվու- թյունը տուժած է, ցավագրկողները անհրաժեշտ են, սա- կայն դրանց կիրա- ռումը բավարար է և այդպիսով բացակա- յությունները դարձ- ցից հազվադեպ են, ցավը՝ միջին ուժգ- նության	Չափավոր տուժած	Առկա են մի քա- նիսը	Պահանջվում են
Աստիճան 3. Ակտիվությունը ակնհայտորեն տու- ժած է, ցավագրկող- ների ազդեցությունը թույլ է, վեգետատիվ ախտանիշները (գլ- խացավ, հոգնածու- թյուն, սրտխառնոց, փորլուծություն), ուժգին ցավ	Ակնհայտ տուժած է	Ակնհայտ	Թույլ ազդեցու- թյուն

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Primary dysmenorrhea in adolescents Chanty banikarim,MD, MPH,Mitchell E Geffner,MD, Diane Blake, MD /UpToDate.com/
2. Campbell MA,McGrath PJ. Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort .Arch Pediatr.Adolescen Med 1997
3. Wilson CA,Keye WR Jr. A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency. A model program for prevention, detection, and treatment. J Adolesc Health Care 1989; 10:317.
4. Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. Pediatrics 1981; 68:661.
5. Johnson J. Level of knowledge among adolescent girls regarding effective treatment for dysmenorrhea. J Adolesc Health Care 1988; 9:398.
6. Hillen TI, Grbavac SL, Johnston PJ, et al. Primary dysmenorrhea in young Western Australian women: prevalence, impact, and knowledge of treatment. J Adolesc Health 1999; 25:40.
7. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline No 345 July 2017 (Replaces No 169, December 2005) SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE
8. Hertweck SP. Dysfunctional uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am 1992; 19:129.
9. Coco AS. Primary dysmenorrhea. Am Fam Physician 1999;60:489e96.
10. Iglesias EA, Coupey SM. Menstrual cycle abnormalities: diagnosis and management. Adolesc Med 1999;10:255e73.
11. Banikarim C, Chacko MR, Kelder SH. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000;154:1226e9.
12. Emans SJ, Laufer RL, Goldstein DP. Pediatric and adolescent gynecology. ed 5. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.
13. Twigg J. Dysmenorrhoea. Curr Obstet Gynaecol 2002;12:341e5.
14. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:869e910.
15. Taran FA, Stewart EA, Brucker S. Adenomyosis: epidemiology, risk factors, clinical phenotype and surgical and interventional alternatives to hysterectomy. Geburtshilfe Frauenheilkd 2013;73:924e31.
16. Wu LL, Su CH, Liu CF. Effects of noninvasive electroacupuncture at Hegu (LI4) and Sanyinjiao (SP6) acupoints on dysmenorrhea: a randomized controlled trial. J Altern Complement Med 2012;18:137e42.
17. 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>.
18. Schroeder B, Sanfilippo JS. Chronic pelvic pain: medical and surgical approaches. In: Sanfilippo JS, Muram D, Dewhurst J, Le PA, editors. Pediatric and adolescent gynecology. ed 2. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001.

19. Laufer MR. Identification of clear vesicular lesions of atypical endometriosis: a new technique. *Fertil Steril* 1997;68:739e40.
20. ACOG Committee Opinion No. 760 Summary: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol* 2018; 132:1517.
21. Smith RP. Cyclic pelvic pain and dysmenorrhea. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20:753.
22. Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks RS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;:CD001751.
23. Ali Z, Burnett I, Eccles R, et al. Efficacy of a paracetamol and caffeine combination in the treatment of the key symptoms of primary dysmenorrhoea. *Curr Med Res Opin* 2007;23:841e51.
24. Davis AR, Westhoff C, O'Connell K, Gallagher N. Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 106:97.
25. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;:CD002120.
26. Golomb LM, Solidum AA, Warren MP. Primary dysmenorrhea and physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30:906e9.
27. Rezvani S, Taghian F, Valiani M. The effect of aquatic exercises on primary dysmenorrhoea in nonathlete girls. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013;18:378e83.
28. French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 2005; 71:285.
29. Janssen EB, Rijkers AC, Hoppenbrouwers K, et al. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2013;19:570e82.
30. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update* 2015;21:762e78.

