

УДК618.132 - 071.4 - 036.1 + 618.14 - 006.03] - 08

ДУБОССАРСЬКА З.М., ГРЕК.Л.П.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро

СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ УПРАВЛІННЯ ХРОНІЧНИМ ТАЗОВИМ БОЛЕМ У ЖІНОК З ПОЄДНАНИМИ ДОБРОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ

Терапевтичні підходи хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку з генітальним ендометріозом, в поєднанні з лейоміомою матки, гіперплазією ендометрія повинні бути орієнтовані на потреби пацієнток, для яких, крім збереження фертильності, важливе значення має усунення больового синдрому та покращення психоемоційного статусу.

Мета роботи: розробити, клінічно апробувати систему лікувально - реабілітаційних заходів при ХТБ з урахуванням патогенетичних передумов.

Матеріали і методи проведено аналіз лікувальних алгоритмів хронічного тазового болю у 85 пацієнток з генітальним ендометріозом у поєднанні з лейоміомою матки і гіперплазією ендометрія без атипі з тяжким тазовим болем (ВАШ 7–10 балів) (n=44) – група I та помірним (ВАШ 4–6 балів) (n=41) – група II. Середній вік жінок I та II клінічної групи дослідження склав відповідно 37,71±0,93 та 41,05±1,08 (M±m) років.

Результати дослідження Найбільш ефективною схемою у довготривалому лікуванні визнано застосування – а-ГнРГ 3,6 мг 3 - 6 місяців з внутрішньоматковою системою з левоноргестрелом. Найбільші темпи зниження рівня особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора через 12 місяців визначено за алгоритмом а-ГнРГ 3,6 мг - 3 місяці у поєднанні з нестероїдними протизапальними засобами, дієногестом 2мг або КОК, що містять дієногест 12 міс.

Висновок Запропонований підхід лікування хронічного тазового болю дозволив істотно знизити інтенсивність болю – у 83,53% жінок, стабілізувати психоемоційний стан у 93,30%, знизити рецидив ХТБ у 3,9 рази, порівняно з жінками, які отримували традиційну терапію.

Ключові слова: тазовий біль, ендометріоз, лейоміома матки, гіперплазія ендометрія, лікування.

Терапія хронічного тазового болю у пацієнток з генітальним ендометріозом у поєднанні з лейоміомою матки, гіперплазією ендометрія і коморбідних станах екстрагенітальної патології є актуальною міждисциплінарною проблемою. Тому, крім усунення першоджерела, тобто видалення ендометріодних гетеротопій та гіперплазії ендометрія, консервативної міомектомії і / або гормональними методами, важливе значення має вплив на патогенетичні механізми болю [1, 2, 3].

В результаті лікування цього поширеного контингенту гінекологічних хворих з ХТБ не завжди вдається досягнути стійкого терапевтичного ефекту, що супроводжується рецидивом тазового болю у 18 – 45 % та ускладненнями після проведеного лікування у 78 % хворих [4,5]. Отже терапевтичні підходи повинні бути орієнтовані на потреби пацієнток, для яких, крім збереження фертильності, важливе значення має усунення больового синдрому та покращення психоемоційного статусу [6, 7, 8]. Недостатнє розуміння складного патогенезу ХТБ при поєднаних проліферативних захворюваннях геніталій і неадекватна терапія, призводять до серйозних наслідків для жінок: формуван-

ня центрального «психогенного болю», психоемоційних порушень, зниження якості життя і економічним втратам, пов'язаним зі зниженням працездатності і витратами на лікування

МЕТА: розробити, клінічно апробувати систему лікувально - реабілітаційних заходів при хронічному тазового болю з урахуванням патогенетичних передумов.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

В даному дослідженні проведено аналіз лікувальних алгоритмів хронічного тазового болю у 85 пацієнток з генітальним ендометріозом у поєднанні з лейоміомою матки і гіперплазією ендометрія без атипії з використанням агоністів гонадотропін-рилізінг гормонів (а-ГнРГ), дієногеста 2 мг (ДГ), нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), комбінованих гормональних контрацептивів і ад'ювантної терапії.

З метою об'єктивізації больового синдрому використовували 10-бальну візуальну аналогову шкалу (ВАШ), вивчення молекулярних механізмів розвитку ХТБ визначали, за допомогою імуногістохімічного (ІГХ) метода: експресію рецепторів естрогенів (ER),

прогестерону (PGR), індексу проліферації (Ki-67), васкулоендотеліального фактора росту (VEGF), циклооксигенази-2 (COX-2), NF (нейрофеломента) в еутопічному ендометрії (ЕЕ).

Порушення психоемоційного статусу визначали за допомогою шкал Дж. Тейлора і Гамільтона, загальноклінічні методи дослідження проводили згідно з відповідними наказами МОЗ України. Пацієнтки знаходилися на лікуванні у гінекологічному відділенні КЗ «Дніпровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради, що є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології і перинатології ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія». Дослідження проводились в рамках НДР кафедри «Збереження та покращення репродуктивного здоров'я та якості життя жінок після комплексного лікування проліферативних захворювань геніталій на підставі доказової медицини» (державний реєстраційний номер 0106U001589; термін виконання 2011-2013 рр.), відповідно до основних положень GCP ICH і Гельсінської декларації, під час проведення обстежень додержувалися біоетичних принципів; пацієнтки, яких було включено у загальну вибірку, надали письмову згоду щодо участі у дослідженні.

Статистичну обробку проводили за допомогою програми STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та програмного пакету MedCalc Statistical Software trial version 17.4. (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2017). Оцінка достовірності різниці середніх для кількісних ознак з ненормальним розподілом за непараметричним дисперсійним аналізом Краскела-Уолліса при множинних порівняннях, за критерієм Манна-Уїтні (U) при попарних порівняннях; вірогідність різниці відносних показників з використанням критерію Хі-квадрат (χ^2) Пірсона та Мак-Немара для повторних вимірів, у тому числі з поправкою Йейтса при значеннях показника, близьких до 0 або 100. Множинні порівняння проводилися з поправкою Шеффе. Проводився кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (ρ), лінійної кореляції Пірсона (r); Критичне значення рівня статистичної значимості (p) для всіх видів аналізу приймалося $<5\%$ ($p<0,05$) [9].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На підставі проведеного проспективного дослідження [10] було розширені уявлення про патогенез ХТБ при генітальному ендометріозі у поєднанні з лейоміомою матки, гіперплазією ендометрія у – 85

жінок, які склали досліджувані групи і підгрупи: I група ($n=44$) – з тяжким больовим синдромом з оцінкою за ВАШ 7–10 балів: I-а підгрупа ($n=24$) перебіг ХТБ – до 3 років та I-б підгрупа ($n=20$) перебіг ХТБ 4-6 років та II група ($n=41$) – з больовим синдромом помірної інтенсивності з оцінкою за ВАШ 4–6 балів: II-а підгрупа ($n=20$) перебіг ХТБ – до 3 років та II-б підгрупа ($n=21$) перебіг ХТБ 4-6 років. Середній вік жінок I та II клінічної групи дослідження склав відповідно $37,71\pm 0,93$ та $41,05\pm 1,08$ ($M\pm m$) років. Аналіз соціально-демографічних характеристик досліджуваних жінок визначив, що майже половина – 49,17 % обстежених жінок не мали постійної роботи або були домогосподарками, 33,3 % – склали службовці, 16,6 % – робочі і 1 % – студентки. Тобто число непрацевлаштованих жінок було максимальним в групі пацієнток з ХТБ вираженої інтенсивності (ВАШ 7-10 балів), а число службовців – в групі пацієнток з ХТБ помірної інтенсивності (ВАШ 4-6) балів. Частота поєднання аденоміозу, зовнішнього ендометріозу з іншими проліферативними захворюваннями геніталій (лейоміомою матки, гіперплазією ендометрія та доброякісними пухлиноподібними захворюваннями яєчників) у групі I (ВАШ 7-10 балів) склала 77,27% в порівнянні з групою II – 29,22% випадка з інтенсивністю ХТБ по ВАШ (4-6 балів) ($p < 0,05$). Отже провідна больова роль при поєднаній гінекологічній патології відводилася захворюванням, що мали найбільш виражені аллогенні анатомо-структурні особливості.

Аналіз психоемоційного статусу у пацієнток виявив значний відсоток наявності середнього (14-18 балів) / високого (19-22 бали) рівня особистісної тривожності у 92,00 % жінок та депресивних розладів у 70,00 % жінок.

В нашому дослідженні [10] було доведено, що хронізації тазового болю при ГЕ у поєднанні з лейоміомою матки, патологією ендометрія, сприяє проліферативна та запальна активність залозистого та стромального компонентів еутопічного ендометрія (ЕЕ), що характеризувалося у пацієнток з високим рівнем болю за ВАШ помірною/вираженою експресією COX-2 – у 66,3 % випадках та Ki-67 більше 20,0 % у залозах – у 66,67 % випадках, також було зазначено поодинокі нервові волокна із експресією NF у більш ніж 5 % клітин у ЕЕ, що свідчило про формування центральної сенситизації під час розвитку хронічного тазового болю. Визначено, що довготривалий перебіг ХТБ нерозривно пов'язаний із достовірною активністю прозапальної ланки цитокінового каскаду, порівняно з пацієнтками ($n=35$) без тазового болю ($p<0,01$), а та-

кож впливом проінфламаторної активності цитокінів на механізми морфогенезу з переважанням процесів запалення, проліферації та гіперплазії (без атипії) в еутопічному ендометрії (ЕЕ) що сприяло ремодельованню ендометрія та хронізації тазового болю у жінок з «проліферативними» захворюваннями матки.

Персоніфіковану лікувальну тактику та аналіз її ефективності проводили на підставі вихідного рівня тазового болю, особливостей психоемоційного статусу, аналізу ІГХМ: ER, PGR, Ki-67, VEGF, COX-2 в ЕЕ; серед пацієток I та II груп дослідження (85 пацієток) відповідно з важким та помірним больовим

синдромом за оцінкою за ВАШ. В цілому серед 85 досліджуваних жінок з вираженим ХТБ (ВАШ 7-10 балів) та помірним ХТБ (4-6 балів), у кожній п'ятій пацієтки, 21,18 % використовували – а-ГнРГ 3,6 мг 3- 6 міс.+ ЛНГ-ВМС; у 7,06% – аГн-РГ 3,6 мг 3 міс., + (НПЗЗ)+ дієногест 2 мг 6-9-12 міс. або (КОКдг), у 11,76% – аГн-РГ 3,6 мг – 6 міс.; майже у третини 27,06 % з помірним ХТБ (ВАШ 4-6 балів) використовувалася схема: дієногест 2 мг (ДГ) 6-12міс., + НПЗЗ в подальшому КОК дг 12 міс., та у чверті 25,88 % – ЛНГ-ВМС; решта припадає на інші методи (таб.1).

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних жінок з ХТБ залежно від обраної лікувальної тактики, n (%)

Лікувальний алгоритм	I група (n=44)			II група (n=41)			p
	I-a n=24	I-б n=20	Разом	II-a n=20	II-б n=21	Разом	
1 – аГнРГ 3,6 мг 6 міс.	3 (12,5)	4 (20)	7 (15,91)	0 (0)	3 (14,29)	3 (7,32)	$\chi^2_1=6,92$ $p=0,227$ $\chi^2_2=14,46$ $p=0,013$ $\chi^2_3=14,76$ $p=0,012$ $\chi^2_4=10,15$ $p=0,071$ $\chi^2_5=4,30$ $p=0,508$
2 – аГнРГ 3,6 мг – 3 -6міс. + ЛНГ-ВМС	2 (8,33)	9 (45)	11 (25)	4 (20)	3 (14,29)	7 (17,07)	
3 – ДГ 6-12 міс. (НПЗЗ)+ КОК дг 12 міс.	6 (25)	4 (20)	10 (22,73)	5 (25)	8 (38,1)	13 (31,71)	
4 – аГнРГ 3міс (НПЗ-3)+ДГ2мг або (КОКдг)6-9-12 міс.	2 (8,33)	2 (10)	4 (9,09)	2 (10)	0 (0)	2 (4,88)	
5 –ЛНГ-ВМС	10 (41,6)	0 (0)	10 (22,73)	5 (25)	7 (33,33)	12 (29,27)	
6 –КОКдг	1 (4,17)	1 (5)	2 (4,55)	4 (20)	0 (0)	4 (9,76)	

Примітки: а-ГнРГ – агоністи гонадотропін-рилізінг гормону;

ЛНГ-ВМС – внутрішньоматкова система з левоноргестрелом; ДГ – дієногест;

КОК – комбіновані оральні контрацептиви; НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби; p – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона: χ^2_1 – між «а» підгрупами I-ї та II-ї групи; χ^2_2 – між «б» підгрупами I-ї та II-ї групи; χ^2_3 – між «а» та «б» підгрупами I-ї групи; χ^2_4 – між «а» та «б» підгрупами II-ї групи; χ^2_5 – між I-ю та II-ю групами

Пацієткам з аденоміозом (АМ) в поєднанні з лейоміомою матки (ЛМ) з високою оцінкою болю за ВАШ; низькою (1+) ($H < 100$) та помірною (2+) ($100 < H < 200$) експресією ER та PGR; високими показниками Ki-67 в залозах і стромі вище 20%, помірно та виражено позитивною реакцією (3+) VEGF; експресією (4+) COX-2 в ЕЕ – терапія включала агоністи гонадотропін-рилізінг гормону (а-Гн-РГ) в дозі 3,6 мг з 1-2 дня менструального циклу 1 раз на 28 днів протягом 6 місяців, в поєднанні з препаратами риб'ячого жиру до 500 мг на добу, та

вітамінів, що в своєму складі містять кальцій 600 мг, вітамін D3 200 МЕ, магній 40 мг та інші мікроелементи до 4-6 тижнів.

Пацієткам з АМ в поєднанні з ЛМ та гіперплазією ендометрія без атипії з високою оцінкою болю за ВАШ; вираженою (3+) ($200 < H < 300$) експресією ER і PGR; високими показниками Ki-67 в залозах і стромі понад 20%, помірно позитивною (3+) та вираженою реакцією (4+) VEGF; вираженою експресією (4+) COX-2 в ЕЕ – терапія включала а-Гн-РГ 3,6 мг на 3-6 місяців, з подальшим введенням ЛНГ-

ВМС, дієту що включає катехін та індол-3-карбінол.

Пацієнткам з зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ) в поєднанні з АМ, помірною оцінкою болю за ВАШ; вираженою (3+) ($200 < H < 300$) експресією ER і PGR; Ki-67 в залозах та стромі нижче 20 %, помірно позитивною (3+) та вираженою реакцією (4+) VEGF; вираженою експресією (4+) COX-2 терапія включала дієногест (ДГ) 2 мг на 6-9-12 міс. з подальшим призначенням КОК, що містять ДГ до 12 місяців.

Сучасний підхід до лікування хворих з ендометріозом та поєднаними доброякісними захворюваннями геніталій полягає в комбінованому підході направленому на максимальне видалення ендометріюїдних вогнищ, консервативній міомектомії та гормональної терапії. Що сприяє закріпленню позитивних результатів та дозволяє уникнути прогресування захворювання і рецидива ХТБ. Пацієнтки з ГЕ в поєднанні з ЛМ, помірною оцінкою болю за ВАШ; помірною (2+) ($100 < H < 200$) експресією ER в залозах і вираженою (3+) ($200 < H < 300$) експресією PGR в залозах і стромі; помірними показниками Ki-67 в залозах і стромі 10-20%, помірно позитивною (3+) та вираженою реакцією (4+) VEGF; вираженою експресією (4+) COX-2, яким було проведено оперативне лікування в об'ємі адгезіолізіса, енуклеації ендометрію, коагуляції поверхневих вогнищ ендометріозу, консервативного видалення лейоматозних вузлів, лікування в післяопераційному періоді включало аГн-РГ протягом 3-х місяців, з подальшим призначенням ДГ 2 мг впродовж 12 місяців. Поряд з основною гормонотерапією хворі отримували донатор оксиду азоту препарат L- аргінін, пероральну форму тивортина аспартату по 3 г (15 мл) на добу в

три прийоми курс 14 днів впродовж 3 місяців.

Пацієнткам з генітальним ендометріозом з дисменореєю, диспареунією, нециклічним тазовим болем лікування включало дієногест 2 мг протягом 6 місяців з подальшим призначенням КОК, що містять дієногест 2 мг на 12 міс. Пацієнткам з аденоміозом, дисменореєю, АМК в анамнезі лікування включало ЛНГ-ВМС.

Оцінка ефективності лікування пацієнток з ХТБ різної інтенсивності проводилася на підставі аналізу: динаміки зміни ВАШ (через 1, 3, 6, 12 та 24 місяців) після лікування; показників рівня особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора та рівнів депресивного розладу за шкалою Гамільтона. Персоніфікована терапія в цілому була спрямована на подолання тазового болю, покращення психоемоційного статусу, співвідношення профілей ефективності, безпеки та переносимості, підвищення прихильності до лікування.

Якщо за кожним спостереженням розрахувати динаміку змін ВАШ у показнику наочності щодо початкового рівня, прийнятого за 100 %, то виявляється, що в цілому при усіх застосованих лікувальних алгоритмах за 6 місяців ВАШ зменшується на – на 53,04 %, за рік – на 67,45 %, за 2 роки – на 67,62 %. Враховуючи те, що діапазон довірчих інтервалів не вміщує нуль, усі розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$).

Найбільш ефективним лікувальним алгоритмом ХТБ у довготривалій перспективі ГЕ в поєднанні з доброякісними гормональними захворюваннями матки визнано застосування – а-ГнРГ 3,6 мг 3 - 6 міс.+ ЛНГ-ВМС, що співпадає з даними Кокранівського систематичного огляду [11,12] (таб.2).

Таблиця 2

Динаміка рівня болю за ВАШ у обстежених жінок з ХТБ залежно від обраної лікувальної тактики у показниках наочності по відношенню до початкового рівня, прийнятого за 100 % (середній % змін та 95 % ДІ)

Схема лікування	Початковий рівень	через 1 міс.	через 3 міс.	через 6 міс.	через 12 міс.	через 24 міс.
а-ГнРГ _{3,6 мг} 6 міс.	100	-32,66 (-41,54 – -23,78)	-52,45 (-66,32 – -38,57)	-62,55 (-74,21 – -50,89)	-81,53 (-91,72 – -71,34)	-82,22 (-91,33 – -73,11)
а-ГнРГ _{3,6 мг} 3-6 міс.+ ЛНГ-ВМС	100	-24,75 (-29,85 – -19,65)	-38,06 (-43,93 – -32,19)	-53,57 (-57,79 – -49,36)	-70,97 (-77,89 – -64,06)	-85,41 (-91,25 – -79,58)
ДГ _{2 мг} 6-12 міс.+(НПЗ- 3)+КОК дг 12 міс.	100	-15,49 (-26,84 – -4,13)	-35,06 (-45,69 – -24,44)	-48,71 (-58,2 – -39,22)	-59,55 (-71,01 – -48,1)	-41,19 (-56,38 – -26)

а-ГнРГ _{3,6мг} 3-6 міс.+ .(НПЗЗ)+ КОКдг _{2мг} -12 міс.	100	-30,2 (-48,45 – -11,94)	-47,4 (-66,55 – -28,26)	-64,09 (-85,76 – -42,41)	-52,99 (-80,63 – -25,35)	-47,14 (-77,06 – -17,22)
ЛНГ-ВМС	100	-18,66 (-26,01 – -11,3)	-34,75 (-44,33 – -25,18)	-52,27 (-62,12 – -42,41)	-69,97 (-80,65 – -59,28)	-82,64 (-93,53 – -71,74)
КОК дг	100	-17,65 (-26,4 – -8,9)	-27,25 (-37,21 – -17,29)	-43,92 (-55,24 – -32,61)	-68,87 (-89,17 – -48,56)	-56,62 (-84,91 – -28,33)
Загалом	100	-21,48 (-25,49 – -17,48)	-37,98 (-42,37 – -33,6)	-53,04 (-57,1 – -48,97)	-67,45 (-72,33 – -62,56)	-67,62 (-74,42 – -60,82)

В якості початкового етапу лікування хворих – акцентуєваних або психопатичних особистостей, а також які страждали істеричними розладами, більш прийнятними були нейролептики і транквілізатори / анксиолітики. після відповідного консультування хворих сертифікованими психіатрами. Для зняття болю, зумовленого спазмом м'язів при м'язово-тонічних і міофасціальних синдромах, лікування було призначено невропатологом із застосуванням міорелаксантів і антиконвульсантів, при лікуванні нейрогенних больових синдромів - блокаторів кальцієвих і натрієвих каналів. При необхідності пацієнтки отримували лікування у гастроентеролога, уролога, хірурга.

Найбільші темпи зниження рівня особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора (-56,26 %) через 12 місяців визначено за схемою лікування а-ГнРГ 3міс (НПЗЗ)+ДГ2мг або (КОКдг) 6-9-12 міс. В цілому при усіх застосованих лікувальних алгоритмах через 3 місяці рівень особистісної тривожності зменшується на 22,77 %, через 6 місяців – на 38,62 %, через рік – на 48,15 %, що відповідало за шкалою Тейлора від 12,72±0,61 балів на початку лікування до 5,85±0,19 через рік ($p<0,001$).

Статистично значущих розбіжностей не спостерігається лише через 3 місяці після лікування КОК. Також мало місце поступове зниження у динаміці рівня депресивних розладів серед усіх досліджуваних жінок, від 11,22±0,5 балів початкового рівня до 5,98±0,24 через рік; ($p<0,001$). Після проведеної комплексної терапії пацієнтки вказували на поліпшення внутрішньоособистісного стану, поліпшення внутрішньосімейних взаємин і підвищення соціального спілкування.

З огляду на виражений тазовий біль у пацієнок з генітальним ендометріозом і «проліферативним» синдромом, у пацієнок репродуктивного віку набуває значення цілеспрямована терапія з урахуванням

ПГХМ, оцінки характеру болю та психоемоційних порушень. Терапевтична тактика повинна бути спрямована на подолання ХТБ і профілактику рецидивів, а також включати динамічне спостереження за станом пацієнок до настання менопаузи.

ВИСНОВОК

Персоніфікований підхід лікування пацієнок з генітальним ендометріозом і поєднаними доброякісними захворюваннями матки дозволив істотно знизити інтенсивність болю у 83,53% жінок, стабілізувати психоемоційний стан у 93,30%, і знизити рецидив ХТБ у 3,9 рази, порівняно з жінками які отримували традиційну терапію.

На підставі проведеного аналізу, динаміки змін рівня ВАШ, особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора та рівня депресивних розладів за шкалою Гамільтона можна стверджувати про ефективність обраної стратегії лікування та рекомендувати лікувальний алгоритм у практичну охорону здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская З.М., Грек Л.П. Особенности патогенеза и лечения хронической тазовой боли при генитальном эндометриозе. Обзор литературы. / З.М. Дубоссарская, Л.П.Грек // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа.– 2016. –№ 4 (46). С.493 – 503
2. Захаренко Н.Ф., Татарчук Т.Ф., Коваленко Н.В. Роль оксидативного стрессу в генезі ендометріозу. / Н.Ф. Захаренко, Т.Ф.Татарчук, Н.В. Коваленко // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – №4(18). С.13–6.
3. Терапія хронічного тазового болю у жінок, які вперше звернулися по медичну допомогу. Керівництво Королівського коледжу акушерства і гінекології Великобританії. Жіночий лікар. – 2016. – №6. С.49–56.
4. Cosmi V. Evolution of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis.

- 11-th Congress of the European Federation of sexology; 2012 Sept; Madrid.
- Жук С.И. Комплексное лечение сочетанной дисгормональной патологии репродуктивной системы. / С.И. Жук, С.Н. Косьяненко, В.А.Кулик // Медицинские аспекты здоровья женщины – 2010. – №3. С.28–31.
 - Comparative, open-label prospective study on the quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain on 2 mg dienogest/30 µg ethinyl estradiol continuous or 21/7 regimen oral contraceptive. /S. Caruso, M. Iraci, S. Cianci, et al. // J Endocrinol Invest – 2016. – N8. P.923–931.
 - Адамян Л.В. Сравнительный анализ эффективности диеногеста и лейпрорелина в комплексном лечении генитального эндометриоза. / Л.В.Адамян, М.М.Сонина, О.Н.Логинова и др. // Проблемы репродукции – 2013. – №4,Т.34. С.33–38.
 - Chiantera V, Abesadze E, Mechsner S. How to understand the complexity of endometriosis-related pain. /V. Chiantera, E. Abesadze, S. Mechsner S. // J Endometr Pelvic Pain Disord. – 2017. – N4, Vol.34. P.33–38.
 - Ланг ТА, Сесик М. Как описывать статистику в медицине : рук. для авторов, редакторов и рецензентов. 2-е изд. Москва: Практическая медицина; 2016. 480 с.
 - Грек Л.П., Дубоссарська З.М. Клініко-морфологічна характеристика хронічного тазового болю у пацієнтів з гіперпроліферативними захворюваннями статевих органів. / Л.П.Грек, З.М. Дубоссарська // Здоров'я жінки – 2019. – №2. (138). С.74–79.
 - Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD009590.
 - Brown J., Pan A., Hart R.J. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. / J. Brown, A. Pan, R. Hart // Cochrane Database Syst Rev. – 2010. – N2:CD008475.
 - ESHRE guideline: management of women with endometriosis. / G.A. Dunselman, N. Vermeulen, C. Becker et al. // Hum Reprod. – 2014. – N3, Vol.29. P.400–412.
 - Leonardo-Pinto J.P., Benetti-Pinto CL, Cursino K, Yela DA. Dienogest and deep infiltrating endometriosis: The remission of symptoms is not related to endometriosis nodule remission. /J.P. Leonardo-Pinto, C.L. Benetti-Pinto, K. Cursino, D.A. Yela // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2017. – N211. P.108–111.
 - genital endometriosis. Literature review. Reproductive health. Eastern Europe. 016;4(46):493-503.
 - Zakharenko NF, Tatarchuk TF, Kovalenko NV. The role of oxidative stress in the genesis endometriosis. Reproductive endocrinology. 2014; 4 (18): 13–6.
 - Therapy of chronic pelvic pain in women who first applied for medical assistance. Management of the Royal College of Obstetrics and Gynecology of Great Britain. Female doctor 2016; 6:49-56.
 - Cosmi V. Evolution of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis. 11-th Congress of the European Federation of sexology; 2012 Sept; Madrid. Madrid; 2012.
 - Zhuk SI, Kosyanenko SN, Kulik VA. Comprehensive treatment of combined dysgynormonal pathology of the reproductive system. Medical aspects of women's health. 2010; 3: 28-31.
 - Caruso S, Iraci M, Cianci S, et al. Comparative, open-label prospective study on the quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain on 2 mg dienogest/30 µg ethinyl estradiol continuous or 21/7 regimen oral contraceptive. J Endocrinol Invest. 2016;8:923–31.
 - Adamyan LV, Sonova MM, Loginova OH and others. Comparative analysis of the effectiveness of dienogest and leuprorelin in the complex treatment of genital endometriosis. Reproduction problems. 2013; 34 (4): 33–8.
 - Chiantera V, Abesadze E, Mechsner S. How to understand the complexity of endometriosis-related pain. J Endometr Pelvic Pain Disord. 2017;9(1):30–8.
 - Lang TA, Sesik M. Kak opisyvat statistiku v meditsine : ruk. dlya avtorov, redaktorov i retsenzentov. 2-e izd. Moskva: Prakticheskaya meditsina; 2016. 480 s. Lang TA, Sesik M. How to describe statistics in medicine: hands. for authors, editors and reviewers. 2nd ed. Moscow: Practical medicine; 2016. 480 p.
 - Grek LP, Dubossarska ZM. Clinical and morphological characteristics of chronic pelvic pain in patients with hyperproliferative diseases of the genital organs. Woman's health. 2019; 2 (138): 74–79.
 - Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD009590.
 - Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2010;12:CD008475. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008475.pub2>.
 - Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis.

REFERENCES

- Dubossarskaya ZM., Grek LP. Features of the pathogenesis and treatment of chronic pelvic pain with

Hum Reprod. 2014;29(3):400–12. . doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>.

14. Leonardo-Pinto JP, Benetti-Pinto CL, Cursino K, Yela DA. Dienogest and deep infiltrating endometriosis: The remission of symptoms is not related to endometriosis nodule remission. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;211:108–11.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННЫМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

ДУБОССАРСКАЯ З.М., ГРЕК Л.П.

Терапевтические подходы хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом, в сочетании с лейомиомой матки, гиперплазией эндометрия должны быть ориентированы на потребности пациенток, для которых, помимо сохранения фертильности, важное значение имеет устранение болевого синдрома и улучшение психоэмоционального статуса.

Цель работы: разработать, клинически апробировать систему лечебно - реабилитационных мероприятий при хроническом тазовой боли с учетом патогенетических предпосылок.

Материалы и методы. Проведен анализ лечебных алгоритмов хронической тазовой боли у 85 пациенток с генитальным эндометриозом в сочетании с лейомиомой матки и гиперплазией эндометрия без атипии с тяжелой тазовой болью (ВАШ 7-10 баллов) (n = 44) - группа I и умеренной тазовой болью (n = 41) - группа II в. Средний возраст женщин I и II клинической группы составил соответственно $37,71 \pm 0,93$ и $41,05 \pm 1,08$ лет.

Результаты исследования. Эффективной тактикой лечения в долговременной перспективе признано применение - а-ГнРГ 3,6 мг 3 - 6 мес. + ЛНГ-ВМС. Наибольшие темпы снижения уровня личностной тревожности по шкале Дж. Тейлора (-56,26%) через 12 месяцев определено применение а-ГнРГ 3 мес. + (НПВС) + ДГ2мг или КОК дг 12 мес.

Вывод. Предложенный подход лечения хронической тазовой боли позволил существенно снизить интенсивность боли у 83,53% женщин, стабилизировать психоэмоциональное состояние у

93,30%, снизить рецидив ХТБ в 3,9 раза по сравнению с женщинами которые получали традиционную терапию.

Ключевые слова: тазовая боль, эндометриоз, лейомиома матки, гиперплазия эндометрия, лечение.

SUMMARY

MODERN STRATEGY FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN WITH COMBINATIONS OF BENIGN UTERINE DISEASES

DUBOSSARSKAYA Z.M., GREK L.P.

Therapeutic approaches of chronic pelvic pain in women of reproductive age with genital endometriosis, in combination with uterine leiomyoma, endometrial hyperplasia should be focused on the needs of patients for whom, in addition to preserving fertility, the elimination of pain and improvement of psycho-emotional status is important.

The objective the develop, clinically test a system of treatment and rehabilitation measures for chronic pelvic pain, taking into account pathogenetic prerequisites.

Materials and methods The analysis of therapeutic algorithms of chronic pelvic pain in 85 patients with genital endometriosis in combination with uterine leiomyoma and endometrial hyperplasia without atypia with severe pelvic pain (VAS 7-10 points) (n = 44) - Group I and moderate pelvic pain (n = 41) - group II c. The average age of women in the first and second clinical groups of the study was 37.71 ± 0.93 and 41.05 ± 1.08 (M ± m) years, respectively.

Results. The most effective regimen in the long-term treatment agonists GnRH 3.6 mg 3–6 months. + LNG-IUS The highest rates of personal anxiety reduction on the J. Taylor scale (-56.26%) after 12 months were determined by a-GnRH with non-steroid anti-inflammatory drugs, Dienogest 2mg or hormonal contraceptives containing Dienogest 12 months.

Conclusion The proposed approach to treating chronic pelvic pain significantly reduced the intensity of pain in 83.53% of women, stabilized the psycho-emotional state in 93.30%, and reduced the recurrence of CPP by 3.9 times compared with women who received conventional therapy.

Key words: pelvis pain, endometriosis, uterine leiomyoma, endometrial hyperplasia, treatment.