

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра акушерства и гинекологии

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МАТКИ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ



**Заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии БГМУ
д.м.н., профессор
*Можейко Людмила Фёдоровна***

**Студентка 5 курса лечебного факультета
*Маркова Елена Дмитриевна***

2022

Цель

Оценить особенности течения и лечения хронической тазовой боли у пациенток с лейомиомой матки, сочетанной с неатипической гиперплазией эндометрия, клинически проявляющихся синдромом хронической тазовой боли.

Задачи

- 1. Провести комплексное обследование исследуемых пациенток, которое предусматривает сбор анамнеза, жалоб, оценку их клинического состояния, аспирационную биопсию эндометрия, бимануальное и инструментальное исследования.*
- 2. Оценить степень интенсивности болевого синдрома у женщин, включенных в исследование, посредством ВАШ Хасскинсона до начала проводимой терапии.*
- 3. Рандомизировать пациенток в две группы: основную и сравнения. В основную группу включить пациенток, которые принимали терапию, сочетающую НПВП ацеклофенак и фитопрепарат миомин, в группу сравнения — пациенток, принимавших НПВП ацеклофенак в сочетании с гормональным препаратом дезогестрел.*
- 4. Сравнить результаты проведенного лечения в основной группе и группе сравнения с исходными данными (до начала терапии) посредством инструментального и бимануального исследований, а также сбора жалоб пациенток.*
- 5. Оценить степень интенсивности болевого синдрома посредством ВАШ Хасскинсона после проведенного лечения.*
- 6. Сделать выводы об эффективности/неэффективности предложенных схем терапии в лечении дисгормональной патологии матки.*

Материалы и методы

Проведено выборочное поперечное исследование посредством сбора жалоб во время врачебного осмотра, ретроспективный анализ амбулаторных карт гинекологических пациенток УЗ «4 женская консультация» г. Минска. Обследовано **57** женщин репродуктивного возраста. **Диагноз – лейомиома матки, сочетанная с неатипической гиперплазией эндометрия, клинически проявляющаяся синдромом хронической тазовой боли.**

Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием программы **Microsoft Excel**. Достоверность динамики проведенных лечебных мероприятий оценивалась посредством параметрической статистики с определением **t-критерия Стьюдента** для двух зависимых выборок. Различия считались достоверными при **$p < 0,05$** .



Результаты и их обсуждение

Критериями включения в исследование являлись:

- 1) возраст от 23-35 лет, в среднем $25,3 \pm 2,13$ лет.
- 2) наличие *хронической тазовой боли, гиперполименореи, диспареунии, дисменореи.*

Критериями исключения являлись:

Выраженный аденомиоз, ожирение, сахарный диабет, тяжелая артериальная гипертензия, расстройства и заболевания психогенного характера.

Пациентки были разделены на две группы — основную и группу сравнения.

Основную группу составили 30 женщин, которые отказались от гормональной терапии, в качестве альтернативы им было проведено *лечение нестероидным противовоспалительным препаратом ацеклофенак (100 мг по 1 таблетке в день — 10 дней), затем фитотерапия миомином (по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 2 месяцев), в дальнейшем монотерапия миомином (по 1 таблетке 2 раза в сутки — 4 месяца).*

Группу сравнения составили 27 женщин, которые принимали НПВП *ацеклофенак (100 мг по 1 таблетке в день — 10 дней в первую фазу менструального цикла) в сочетании с гестагеном дезогестрел (150 мкг 1 раз в сутки с 12-го по 25-й день менструального цикла продолжительностью 2 месяца). В дальнейшем дезогестрел (150 мкг 1 раз в сутки) назначался во вторую фазу менструального цикла в течение 4 месяцев.*

Результаты и их обсуждение

■ Основная группа

■ Группа сравнения

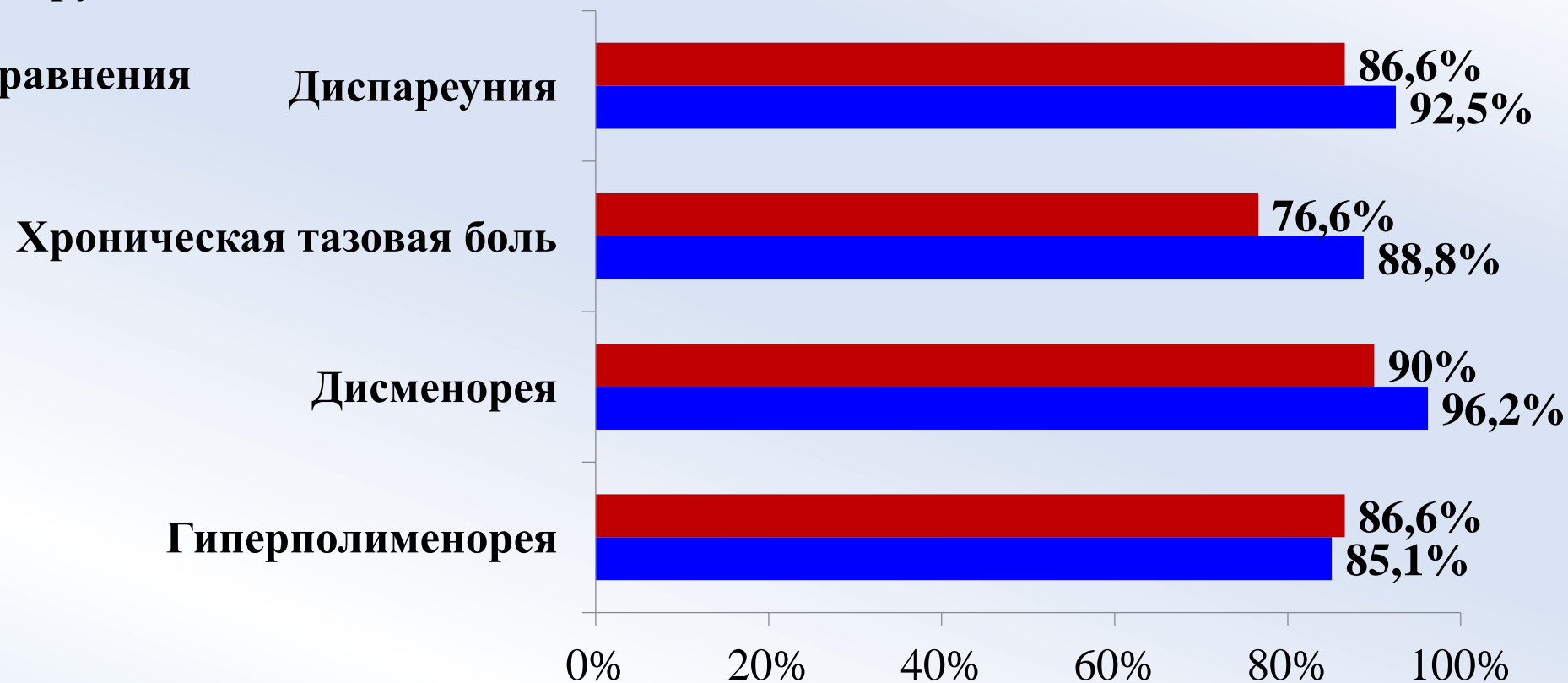


Рис. 1 — Основные жалобы пациенток исследуемых групп.

Эффективность лечения оценивали спустя 6 месяцев с помощью данных объективного (ВАШ Хасскинсона, бимануальное исследование), инструментального (УЗИ органов малого таза, аспирационной биопсии эндометрия).

***Лечение проводилось в соответствии с клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» МЗ РБ 2018 г.**

Результаты и их обсуждение

Симптомы	Основная группа, n=30		Группа сравнения, n=27	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Хроническая тазовая боль	23 (76,6%)	7 (23,3%)*	24 (88,8%)	9 (33,3%)*
Диспареуния	26 (86,6%)	4 (13,3%)*	25 (92,5%)	7 (25,9%)*
Дисменорея	27 (90%)	5 (16,6%)*	26 (96,2%)	5 (18,5%)*
Гиперполименорея	26 (86,6%)	8 (26,6%)*	23 (85,1%)	6 (22,2%)*

Примечание: * $p < 0,05$.

Табл. 1 — Сравнительная оценка клинических симптомов на фоне проводимого лечения у пациенток исследуемых групп.

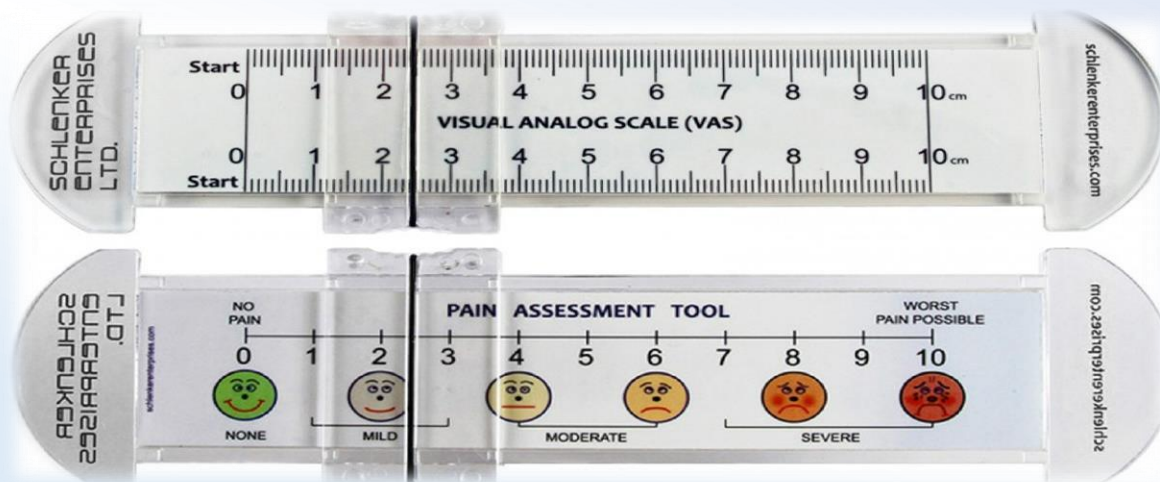
После проведенного лечения хроническая тазовая боль исчезла у 16 (53,3%) пациенток **основной группы** и у 15 (55,5%) **группы сравнения**, дисменорея – у 22 (73,3%) пациенток **основной группы** и у 21 (77,7%) в **группе сравнения**, диспареуния – у 22 (73,3%) и у 18 (66,6%) женщин, соответственно, гиперполименорея у 18 (60%) пациенток **основной группы** и у 17 (62,9%) пациенток **группы сравнения**.

Результаты и их обсуждение

Для оценки динамики боли и эффективности проведенного лечения болевого синдрома использовали **ВАШ Хасскинсона**. После предварительного объяснения правил пользования ВАШ пациентки самостоятельно определяли выраженность болевых ощущений до и после проведенного лечения, используя **графическое изображение на бумажном носителе шкалы длиной 10 см** (каждое деление соответствует 1 баллу). Женщинам предлагалось отметить точку на этой шкале: **начало** (нулевая отметка) соответствовала отсутствию боли, диапазон от **1-4 см** (1-4 балла) отражал незначительные болевые ощущения, **5-7 см** (5-7 баллов) — умеренные, от **8 до 10 см** длины отрезка шкалы — сильные боли.

До начала лечения в **20,5 %** и **17% случаев** регистрировался **слабый** болевой синдром (3-4 балла), в **64,2%** и **69,5% случаев** — **умеренный** (5-6 баллов) и в **15,3%** и **13,5%** — **сильный** болевой синдром (7-8 баллов) у женщин **основной группы** и **группы сравнения** соответственно.

NB! Спустя 6 месяцев лечения **болевой синдром был купирован у большинства пациенток обеих групп, что соответствовало отметке 1-3 балла по ВАШ.**



Результаты и их обсуждение

Согласно данным гинекологического анамнеза, у 57 исследуемых пациенток диагноз лейомиома матки впервые был верифицирован $3,8 \pm 1,3$ года назад. Диаметр доминирующего миоматозного узла в основной группе составлял в среднем $3,5 \pm 1,2$ см, в группе сравнения — $3,8 \pm 0,9$ см. Размер матки соответствовал 7–9 нед. у женщин обеих групп.

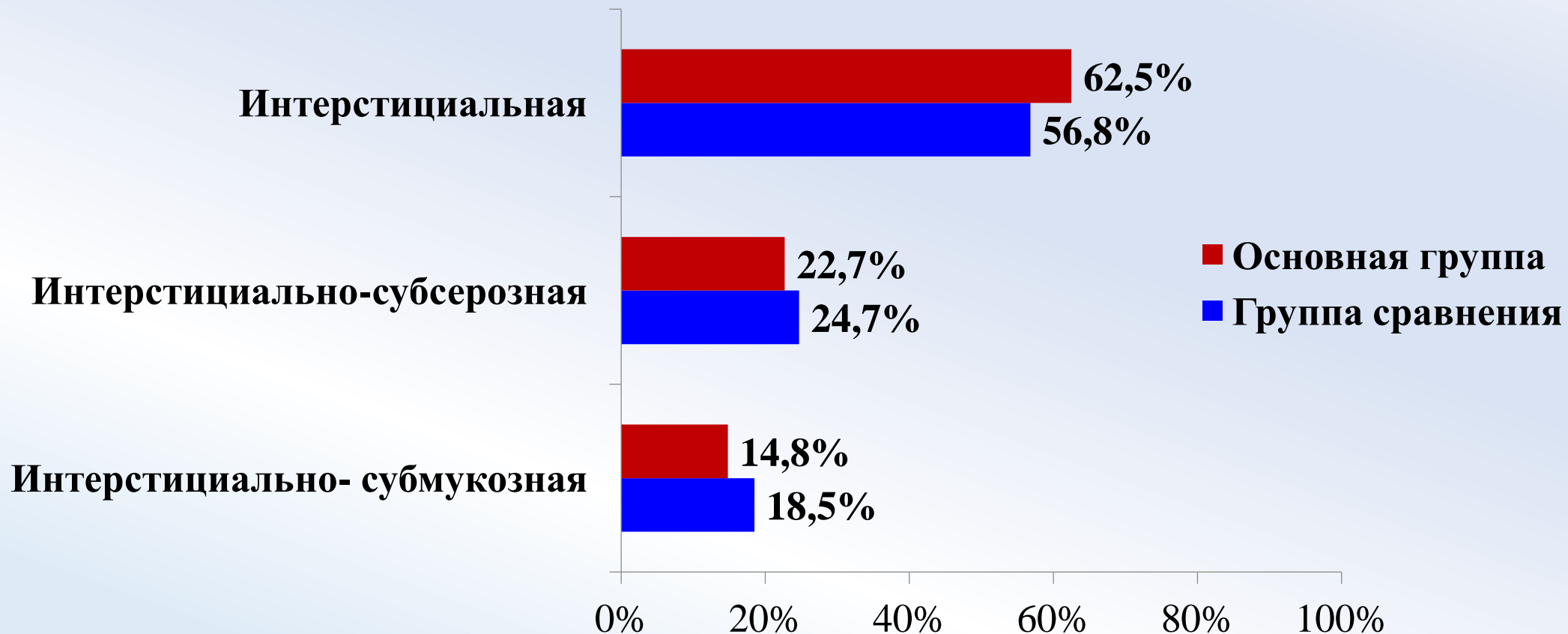


Рис. 2 — Варианты лейомиомы матки у пациенток исследуемых групп.

Результаты и их обсуждение

Признак	До лечения	Через 3 месяца лечения	Через 6 месяцев лечения
Объем матки, см ³	109±27,0 см ³	91±15,8 см ³ *	78±14,3 см ³ *
<u>Диаметр узлов, мм:</u>			
<i>интерстициально-субмукозных</i>	12,7±1,3	10,3±1,1*	7,2±0,9*
<i>интерстициально-субсерозных</i>	41,7±2,4	38,4±2,3*	36,5±1,2*
<i>интерстициальных</i>	48,4±2,4	46,2±1,9*	43,4±2,3*
Толщина эндометрия, мм (3-7 день МЦ)	12,7±1,3	5,3±1,1*	3,2±0,9*

Примечание: * p<0,05.

Табл. 2 — Средние размеры: объем матки, диаметр миоматозных узлов, толщина эндометрия по данным УЗИ в основной группе.

Результаты и их обсуждение

Признак	До лечения	Через 3 месяца лечения	Через 6 месяцев лечения
Объем матки, см ³	107±29,0 см ³	93±13,7 см ³ *	80±12,3 см ³ *
<u>Диаметр узлов, мм:</u>			
<i>интерстициально-субсерозных</i>	42,7±2,2	38,9±2,4*	36,8±1,3*
<i>интерстициально-субмукозных</i>	32,8±2,6	30,8±1,3*	28,7±2,1*
<i>интерстициальных</i>	46,4±2,7	45,2±1,6*	42,9±2,1*
Толщина эндометрия, мм (3-7 день МЦ)	12,1 ± 1,8	6,3 ± 0,6 мм.*	3,4 ± 1,1*

Примечание: * p<0,05.

Табл. 3 — Средние размеры: объем матки, диаметр миоматозных узлов, толщина эндометрия по данным УЗИ в группе сравнения.

Результаты и их обсуждение

При сравнительной оценке эффективности проводимой терапии у пациенток основной группы и группы сравнения выявлено, что через 6 месяцев у **женщин основной группы** болевой синдром купирован у **16 (53,3%)** пациенток и у **15 (55,5%)** женщин группы сравнения.

Анализ проведенного исследования свидетельствует о высокой эффективности проведенной терапии в лечении пролиферативной патологии матки.

По данным сонографии, исходный объем матки до проводимой терапии в основной группе соответствовал **$109 \pm 27,0 \text{ см}^3$** , в группе сравнения — **$107 \pm 29,0 \text{ см}^3$** . Согласно данным УЗИ, через 6 месяцев лечения объем матки уменьшился до **$78 \pm 14,3 \text{ см}^3$** в основной группе и до **$80 \pm 12,3 \text{ см}^3$** в группе сравнения.

Толщина эндометрия до начала терапии в основной группе соответствовала показателю **$12,7 \pm 1,3 \text{ мм}$** , в группе сравнения — **$12,1 \pm 1,8 \text{ мм}$** . Согласно данным сонографии, через 6 месяцев лечения толщина эндометрия уменьшилась до **$3,2 \pm 0,9 \text{ мм}$** и до **$3,4 \pm 1,1 \text{ мм}$** в основной группе и группе сравнения соответственно.

Во всех случаях отмечена хорошая переносимость комбинированной терапии, побочных эффектов и рецидивов не наблюдалось.



Результаты и их обсуждение

При гистологическом исследовании эндометрия до начала терапии простая гиперплазия без атипии была выявлена у **42,8%** пациенток **основной группы** и у **48,8%** пациенток **группы сравнения**, сложная гиперплазия эндометрия без атипии – у **57,2** и **51,2%** пациенток **основной группы** и **группы сравнения** соответственно.

Материал, полученный из полости матки путем аспирационной биопсии эндометрия **через 6 месяцев** от начала лечения в обеих группах исследования, был оценен следующим образом:

в основной группе нормальный эндометрий, соответствующий 1 фазе МЦ отмечен у 16 (53,3%) пациенток, эндометрий, соответствующий 2 фазе МЦ, – у 9 (30%), переходный эндометрий – у 5 (16,6%).

в группе сравнения у 13 (48,1%) пациенток регистрировали нормальный эндометрий, соответствующий 1 фазе МЦ, у 10 (37,03%) – эндометрий, соответствующий 2 фазе МЦ, и у 4 (14,8%) – переходный эндометрий.

Результаты и их обсуждение

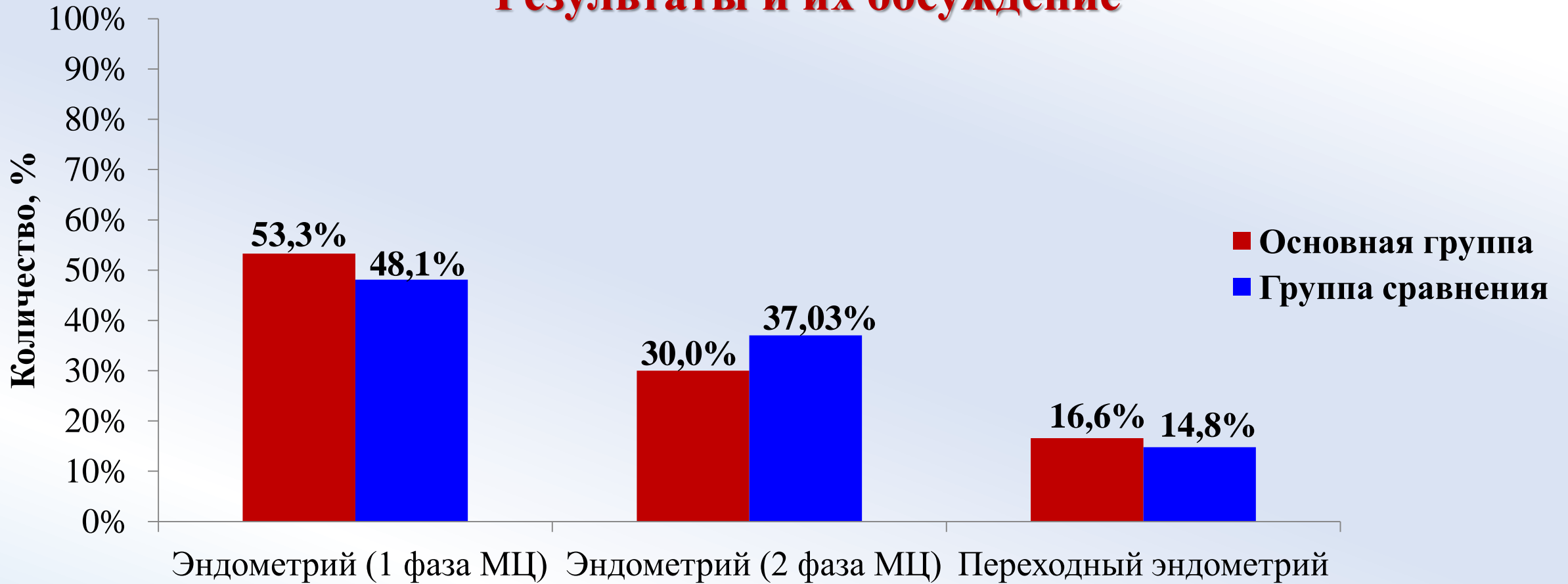


Рис. 3 — Результаты морфологического исследования эндометрия пациенток обеих групп после проведенного лечения.

NB! Гиперплазия эндометрия не была выявлена ни у одной из обследованных пациенток, что свидетельствовало об эффективности проведенного лечения.

Выводы

Проведенное исследование свидетельствует, что прием препаратов (ацеклофенак и миомин) пациентами основной группы и группы сравнения (ацеклофенак и дезогестрел) способствовал **регрессу миоматозных узлов** (через 6 месяцев лечения **объём матки уменьшился до $78 \pm 14,3$ см³ в основной группе и до $80 \pm 12,3$ см³ в группе сравнения**), **исчезновению гиперплазии эндометрия** (через 6 месяцев лечения **толщина эндометрия уменьшилась до $3,2 \pm 0,9$ мм и до $3,4 \pm 1,1$ мм в основной группе и группе сравнения соответственно**), уменьшению **дисменореи** (у 73,3% пациенток основной группы и у 77,7% в группе сравнения), **диспареунии** (у 73,3% и 66,6% женщин обеих групп), нормализации менструальной функции (у 60% пациенток основной группы и 62,9% пациенток группы сравнения), купированию симптомов **хронической тазовой боли** (через 6 месяцев болевой синдром был купирован у большинства пациенток, что соответствовало 1-3 баллам по ВАШ).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности как гормональной терапии, так и таргетной в лечении миомы матки, ассоциированной с неатипической гиперплазией эндометрия, клинически проявляющихся в репродуктивном периоде хронической тазовой боли, что улучшает клинические симптомы и качество их жизни.