

*А. С. Садовникова*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Е. Н. Кириллова*

*Кафедра акушерства и гинекологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** Хроническая тазовая боль является одной из актуальных проблем современной гинекологии, и эндометриоз – самая частая причина возникновения данного синдрома. Изучение основных характеристик тазовой боли при эндометриозе поможет в дифференциальной диагностике заболевания, а также в более успешном лечении болевой симптоматики.*

***Ключевые слова:** хроническая тазовая боль эндометриоз*

***Resume.** Chronic pelvic pain is one of urgent problems of modern gynecology. Endometriosis is the most common cause of this syndrome. Study of main characteristics of pelvic pain associated with*

*endometriosis is important for the differential diagnosis of the disease, as well as a successful treatment of pain symptoms.*

**Keywords:** *chronic pelvic pain endometriosis therapy*

**Актуальность.** Согласно определению Международной Ассоциации по изучению боли, хроническая тазовая боль – это самостоятельное заболевание, проявляющееся постоянной болью в нижних отделах живота и поясницы, продолжающейся, по крайней мере, в течение 6 месяцев [1].

В эпидемиологическом исследовании ВОЗ опубликованы международные многоцентровые данные о распространённости хронической тазовой боли в мире. Так, согласно результатам 40 исследований с репрезентативными группами участниц, распространённость дисменореи варьировала в различных странах от 16,8 до 81%, диспареунии – от 8 до 21,8% и нециклической тазовой боли – от 2,1 до 24%. ХТБ является причиной около 10% всех обращений к гинекологу, 40% лапароскопий и 10-15% гистерэктомий [2].

Адаптация организма к ХБ сопряжена с изменениями личностной сферы, ухудшением качества жизни. Боль становится доминантой в жизни таких пациенток, формируется так называемое болевое поведение [3].

Эндометриоз является наиболее частой причиной ХТБ и поражает 10% женщин репродуктивного возраста. По данным лапароскопии у четверти женщин с ХТБ находят эндометриоидные гетеротопии [4].

**Цель:** изучить болевой синдром у женщин с эндометриоидными кистами яичников, а также эффективность его купирования после оперативного вмешательства и использования различных гормональных препаратов.

**Задачи:**

1. Изучить анамнез и клиническое течение заболевания у пациенток с эндометриоидными кистами яичников.
2. Установить частоту встречаемости различных вариантов ХТБ при эндометриоидных кистах яичников, а также установить связь между степенью распространения заболевания и силой боли.
3. Проанализировать эффективность лечения ХТБ у пациенток с эндометриоидными кистами яичников.

**Материал и методы.** Проведено обследование 37 женщин в возрасте от 21 до 51 года с диагнозом эндометриоидные кисты яичников, проходивших лечение в 5ГКБ. Для верификации диагноза проводилось комплексное обследование (общий и гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза, стандартное клинико-лабораторное исследование, включающее тестирование на опухолевые онкомаркеры в предоперационном периоде, гистероскопию). Критерием исключения являлось наличие варикозного расширения вен малого таза, аденомиоза, заболеваний мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта. Все больные были прооперированы (лапароскопия, цистэктомия с коагуляцией очагов эндометриоза),

диагноз подтверждён гистологическим методом. Стадия эндометриоза определялась в соответствии с клинической классификацией эндометриоза по Адамян. Было проведено анкетирование с использованием модифицированного болевого опросника Мак-Гилла и визуальной аналоговой шкалы. Также оценивалась удовлетворённость пациенток результатами лечения.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica v10.0. Для обработки полученных данных использовались непараметрические методы исследования (ранговая корреляция по Спирмену).

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациенток составил  $31,78 \pm 1,18$ . Из них 35,1% обратились к гинекологу именно из-за болевых ощущений; 21,6% - по поводу бесплодия, в остальных 43,2% кисты были обнаружены при УЗИ-обследовании.

В 81,1% случаев (30 пациенток) наблюдалась ХТБ. 73,3% этих женщин боль мешала повседневной привычной деятельности.

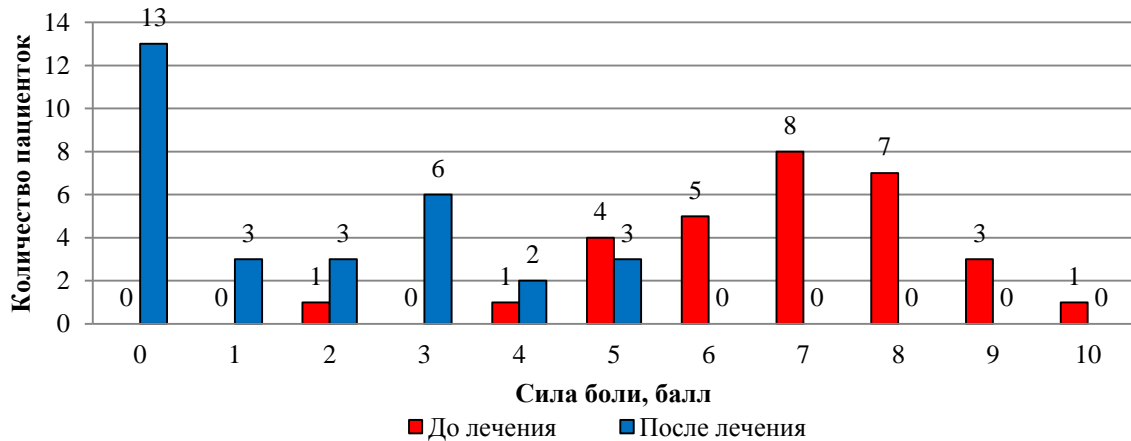
У всех пациенток (100% случаев) боль появилась после менархе и локализовалась внизу живота. У 33,3% пациенток наблюдалась иррадиация в поясничную область.

В 73,3% боль возникала несколько дней до менструации, в 13,3% - во время, в 3,3% - после менструации. У 20% пациенток болевые приступы появлялись вне зависимости от менструации. Диспареуния была у 56,6% женщин.

50% пациенток охарактеризовали боль, как приступообразную, 10% как постоянную, 76,7% ощущали ноющую или тянущую боль, а в 20% случаев боль была острой. В 63,3% случаев продолжительность болевого приступа составляла часы, в 26,7% - дни, 10% женщин ощущали боль постоянно.

43,3% (13 случаев) женщин самостоятельно принимали НПВП для купирования болевого синдрома, 20% (6 случаев) - спазмолитики (ношпа), 36,7% (11 случаев) женщин не пытались самостоятельно купировать приступ. НПВС помогали в 100% случаев (13 случаев), а спазмолитики купировали приступ только у двух пациенток (33,3%).

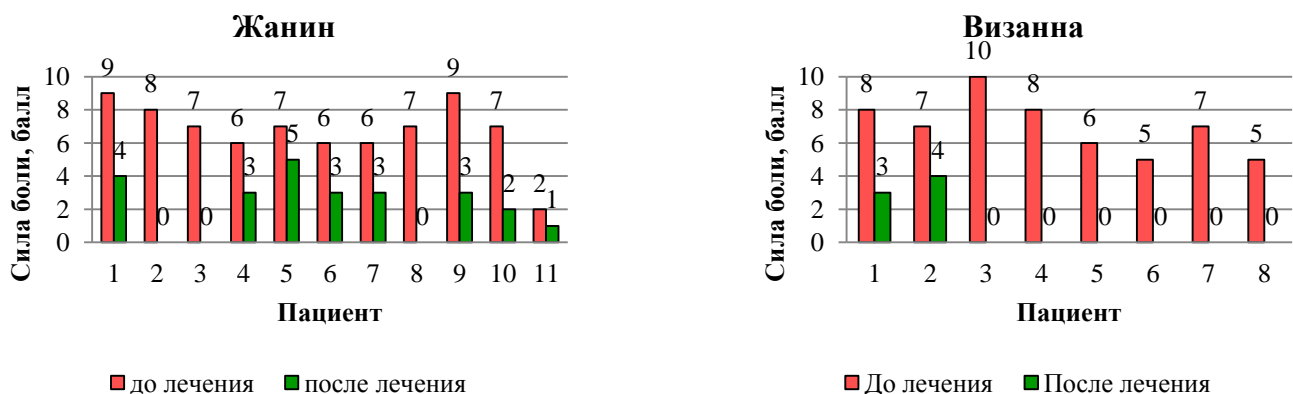
С помощью визуальной аналоговой шкалы пациенткам предлагалось оценить силу боли до и после лечения. Средняя интенсивность боли до лечения составила 6,8 баллов, после – 1,7 баллов. Интенсивность боли до лечения варьировала от 2 баллов до 10, после лечения – от 0 до 5 баллов. Чаще всего пациентки оценивали свою боль в 7 баллов (8 случаев) до лечения и в 0 баллов, то есть отсутствие боли (13 случаев), после лечения (рисунок 1). В 1 случае интенсивность боли после лечения не изменилась.



**Рисунок 1** – Распределение силы болевого синдрома у пациенток данной группы до и после лечения

Корреляции между силой болевых ощущений, оцененных с помощью ВАШ, и стадией эндометриоза яичников обнаружено не было (коэффициент корреляции составил  $r=0$ , что говорит об отсутствии связи между признаками).

В качестве медикаментозной терапии в постоперационном периоде 26,7% (8 случаев) пациенток принимали Визанну, 40% (12 случаев) - Жанин, 6,7% (2 случая) - Луприд-депо, 3,3% (1 случай) – Дюфастон. Также применялись комбинированные схемы лечения: в 16,7% случаев (5 пациенток) - Луприд-депо с переходом на Визанну, в 6,6% (2 случая) - Луприд-депо с переходом на Жанин. Самым успешным препаратом для купирования болевой симптоматики при эндометриозе был препарат Визанна (рисунок 2).



**Рисунок 2** – Изменение силы болевого синдрома у пациенток до и после хирургического лечения в сочетании с гормональной терапией препаратами Визанна или Жанин

75,7% пациенток посчитали свое лечение успешным. Остальные 24,3% (9 случаев) не получили желаемых результатов от терапии: у 7 пациенток из этой

группы возобновились болевые ощущения, а 3 до сих пор продолжают лечение от бесплодия.

**Выводы:**

1 ХТБ – характерный признак эндометриoidных кист яичников и причина нарушения повседневной привычной деятельности пациенток (73%).

2 ХТБ при эндометриoidных кистах яичников появляется после менархе, локализуется внизу живота (100%) с иррадиацией в поясничную область (33%) и сочетается с диспареунией (57%).

3 Боль при эндометриoidных кистах яичников ноющая (76,7%), приступообразная (50%), появляющаяся за несколько дней до менструации (63%). Болевой приступ длится несколько часов (63%) и эффективно купируется НПВП (100%).

4 Нет корреляции между силой боли и стадией эндометриоза яичников по Адамян.

5 Для лечения ХТБ при эндометриозе яичников эффективно сочетание хирургического вмешательства и гормональных препаратов (76%). Наиболее приемлемыми препаратами являются Визанна и Жанин.

6 Визанну можно рекомендовать в качестве основного средства для лечения ХТБ, ассоциированной с эндометриозом, у молодых женщин, что связано не только с эффективностью купирования болевого синдрома, но и с более благоприятным профилем безопасности и переносимости препарата.

7 Луприд-депо эффективен в качестве начального препарата для послеоперационной терапии ХТБ при эндометриозе яичников в более поздних стадиях болезни, затем целесообразен переход на Визанну.

*A. S. Sadovnikova*

**CHRONIC PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS**

*Tutor Associate professor E. N. Kirillova*

*Department of Obstetrics and Gynecology,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Кузнецова, И. В. Хроническая тазовая боль [Текст] / И. В. Кузнецова // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 91-97.

2. Баскаков, В. П. Эндометриoidная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. – СПб: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – с. 451-457.

3. Адамян, Л. В. Генитальный эндометриоз: учеб. пособие для врачей/ Л. В. Адамян, Андреева Е. Н. – М.: Медицина, 2006. – с. 10-11.