

Тазовий біль і психоемоційний статус у жінок з ендометріомною яєчників, поєднаною із запальними захворюваннями органів малого таза: вибір тактики лікування

Р.В. Бігун, Н.Г. Геник

Івано-Франківський національний медичний університет

Традиційною думкою залишається зв'язок хронічного тазового болю з наявністю в організмі патологічного джерела структурно-морфологічних змін тканини, наприклад, на тлі міоми матки, ендометріозу, хронічних запальних процесів органів малого таза. Ендометріоз, де найбільш характерним симптомом є хронічний тазовий біль, діагностують у близько 10% жінок репродуктивного віку, а проблема вивчення ендометріюїдних кіст демонструє свою актуальність домінуванням у структурі генітального ендометріозу у майже 59% пацієнток.

Хронічний тазовий біль зумовлює недоцільні курси антибактеріальної терапії і, як наслідок, дисбіоз, розвиток синдрому виснаження яєчників, а хірургічний підхід не завжди демонструє бажані результати, часто погіршуючи клінічну картину та психоемоційний статус пацієнтки.

Мета дослідження: оцінювання вираженості больового синдрому та психологічного статусу у пацієнток з тазовим болем, асоційованим з ендометріомною яєчників, та пошук ефективних терапевтичних опцій.

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 40 пацієнток з ендометріозом яєчника, поєднаним із запальними процесами органів малого таза (основна група) та 40 пацієнток з ізольованими ендометріомною яєчників (група порівняння). Контрольну групу сформували 30 пацієнток без клініки генітального ендометріозу. Було проведено аналіз соматичного та гінекологічного анамнезу, об'єктивного та гінекологічного огляду, даних адаптованих опитувальників шкал депресії Бека та тривожності Спілбергера-Ханіна, оцінювання болю за даними візуально-аналогової шкали (ВАШ), сонографічне дослідження органів малого таза, оцінювання даних магнітно-резонансної томографії, ендоскопічних та гістологічних методів дослідження.

Результати. Диспареунію діагностовано у третини пацієнток основної групи, дизуричні прояви, розлади функції кишечника – у кожної четвертої жінки, у

третини – поєднання з проявами астено-невротичного синдрому, інтенсивність болю була представлена у третини жінок як виражена та нестерпна. Слід зазначити наявність збільшення у 2,6 рази частки вторинного безпліддя, у двох третинах спостережень спостерігали розлади менструального циклу, де домінували прояви альгодисменореї та аномальних маткових кровотеч. Результати аналізу психологічних опитувальників продемонстрували рівні частки депресивних проявів середнього та легкого ступеня в основній групі, а також, разом зі зниженням психоемоційної адаптації, високі показники ситуативної та особистісної тривожності. Запропоновані терапевтичні опції включали використання дієногесту насамперед у жінок зі слабкою та помірною інтенсивністю больового синдрому, тривале застосування за можливості ризику виникнення рецидиву та з врахуванням меншої частки імовірних побічних ефектів.

Заключення. Результати аналізу отриманих даних засвідчили наявність більш інтенсивного больового синдрому, високу частоту порушень менструального циклу, вторинного безпліддя та проявів неспецифічних клінічних симптомів у пацієнток з ендометріомами, поєднаними із запальними процесами органів малого таза. Психоемоційний стан жінок характеризується високими рівнями депресивних та тривожних розладів, а також вираженою інтенсивністю больового синдрому у третині спостережень. При слабкому та помірному ступені тазового болю препаратом вибору терапевтичної програми є дієногест, використання якого доцільне у довготривалій перспективі, у випадку вираженої інтенсивності больового синдрому перевага надається застосування агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, ендометріома, запальні процеси органів малого таза, лікування.

Поширеність хронічного тазового болю серед жінок репродуктивного віку, за даними вітчизняних та зарубіжних джерел, досягає 15%, а причинами її можуть бути – гінекологічні, урологічні захворювання, а також нозології травного тракту та опорно-рухового апарату [1, 4, 6, 9]. Традиційною думкою залишається зв'язок болю з наявністю в організмі патологічного джерела структурно-морфологічних змін тканини, наприклад, на тлі міоми матки, ендометріозу, хронічних запальних процесів органів малого таза [1, 4, 9].

Парадоксальним та до кінця незрозумілим є той факт, що не у всіх пацієнток з такими захворюваннями формується хронічний тазовий біль. Варіанти тазового болю представлені дисменореєю, диспареунією та власне тазовим болем, не пов'язаним з менструальними днями чи статевими зносинами, який часто називають нециклічним тазовим болем, підкреслюючи його незалежний характер [1, 4, 9]. Дисменорея безперечно є найбільш частим проявом (у 90%) і зазвичай має первинний, або ідіопатичний, характер. Проте не слід виключати своєчасне діагностування вторинної дисменореї як симптому ендометріозу або хронічного запального процесу органів малого таза чи іншого гінекологічного захворювання. І якщо за наявності запальних процесів ми знаходимо вказівки в анамнезі на передуючу урогенітальну інфекцію, то варіант ендометріїдної хвороби є важко діагностованою причиною, досить непередбаченою та підступною.

Ендометріоз, найбільш характерним симптомом якого є хронічний тазовий біль, уражає близько 10% жінок репродуктивного віку і стоїть на третьому місці серед гі-

некологічних захворювань за частотою госпіталізації та на першому місці – за показаннями до хірургічного лікування [1, 4, 9]. Слід зазначити, що проблема вивчення ендометріодних кіст демонструє свою актуальність насамперед тим, що у структурі генітального ендометріозу ця форма становить до 59% [6]. Обмеження показань до хірургічного втручання при ендометріомі яєчника ґрунтується на закономірному посиленні запальної відповіді, що пояснює невдачі таких підходів, часті рецидиви та неухильне прогресування при повторних хірургічних втручаннях.

Хронічний тазовий біль часто зумовлює недоцільні курси антибактеріальної терапії і, як наслідок, кандидоз та дисбактеріоз, розвиток синдрому виснаження яєчників після тривалого, не завжди обґрунтованого гормонального лікування, а хірургічний підхід у лікуванні хронічного тазового болю не завжди демонструє бажані результати, часто погіршуючи клінічну картину та психоемоційний статус пацієнтки [6, 11, 13]. Адаптація до хронічного болю при ендометріозі сприяє зміні психоемоційного статусу, соціальній дезорієнтації, погіршенню якості життя [6]. В одному з великих проспективних досліджень європейські дослідники встановили депресію у 21% пацієнток з хронічним тазовим болем, зумовленим ендометріозом, де ментальні розлади встановлено у 75%, негативний вплив на працездатність та щоденні обов'язки – у 80%, емоційні реакції – у 58%, сексуальну активність – у 46% жінок [11].

Тому питання всебічного обстеження жінок з хронічним тазовим болем, а також розумне та стримане відношення до вибору тактики лікування залишаються на сьогодні актуальними.

Мета дослідження: оцінювання вираженості больового синдрому та психологічного статусу у пацієнток з тазовим болем, асоційованим з ендометріомами яєчників, та пошук ефективних терапевтичних опцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження увійшли 40 пацієнток з ендометріозом яєчника, поєднаним із запальними процесами органів малого таза (основна група) та 40 пацієнток з ізольованими ендометріомами (група порівняння).

Серед клінічних форм запальної патології малого таза у більшості спостережень домінували хронічний сальпінгоофорит – 21 (52,5%), тубооваріальні пухлини – 11 (27,5%), спайкова хвороба малого таза – 8 (20,0%) випадків. До контрольної групи увійшли 30 пацієнток без клініки генітального ендометріозу.

Критерії включення у дослідження:

- вік пацієнток від 18 до 45 років;
- підтверджена інструментальними методами і/або лапароскопічним чи морфологічним дослідженням ендометріодна кіста яєчника (однобічна або множинні кісти);
- запальні процеси органів малого таза;
- згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- пацієнтки віком до 18 років та старше 45 років;
- істинні пухлини яєчників, підозра на малігнізацію;
- тяжка соматична патологія;
- відмова від участі у дослідженні.

Було використано аналіз соматичного та гінекологічного анамнезу, об'єктивного та гінекологічного огляду, даних адаптованих опитувальників шкал депресії Бека та тривожності Спілбергера–Ханіна, оцінювання болю за даними візуально-аналогової шкали (ВАШ), сонографічне дослідження органів малого таза на ультразвуковому апараті «ALOKA-SSD-1700» (Японія) з використанням вагінального датчика (7,5 МГц), оцінювання даних магнітно-резонансної томографії, ендоскопічних та гістологічних методів дослідження.

На сьогодні психологічно-експериментальне дослідження для діагностики депресивних розладів та рівня тривожності передбачає використання методики шкали Бека (BDI, Beck Depression Inventory), шкали Гамільтона (HDRS, Hamilton Rating Scale for Depression), самооціночної шкали депресії (SDS, Self-Rating Depression), при визначенні рівня тривожності – шкали тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI, State-Trait Anxiety Inventory) [2].

Шкала Бека представляє собою опитувальник, що включає 21 пункт, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень, що відповідають тим чи іншим симптомам депресивних розладів. Відповідь оцінюється від 0 (відсутність симптомів) до 3 балів (максимальна вираженість симптомів). Сумарний бал становить від 0 до 63 балів:

- 0–9 балів – депресія відсутня,
- 10–15 балів – легка депресія (субдепресія),
- 16–19 балів – помірна депресія,
- 20–29 балів – виражена депресія (середньої тяжкості),
- 30–63 бали – тяжка депресія.

Методика Спілбергера–Ханіна є особливою, позаяк створює диференційований підхід до об'єктивізації рівня тривожності на даний момент (реактивна тривожність) та особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини). Під час інтерпретації показників використовували наступні рівні:

- до 30 балів – низька,
- 31–44 бали – помірна,
- 45 і більше – висока тривожність.

Інтенсивність болю оцінювали в балах (від 0 до 10) за методикою суб'єктивного оцінювання болю за допомогою візуальної аналогової шкали, що представляла собою відрізок прямої лінії 10 см, на одному кінці якого (зліва) відмітка про відсутність болю – 0 балів, на другому кінці (справа) – нестерпний біль – 10 балів [3].

Статистичне оброблення матеріалу здійснювали за допомогою прикладних програм Microsoft Excel та “STATISTICA-6,0”.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час ехографічного дослідження середні розміри ендометріюїдних кіст у кожній із груп статистично значуще не відрізнялися ($p > 0,05$). Слід відзначити, що серед клінічних форм запальної патології малого таза у пацієнток основної групи у більшості спостережень домінували:

- хронічний сальпінгоофорит – 21 (52,5%),
- тубооваріальні пухлини – 11 (27,5%),
- спайкова хвороба малого таза – 8 (20,0%) випадків.

Найбільш часто пацієнтки з ендометріозом яєчників скаржилися на біль внизу живота – у 35 (87,5%) випадках в основній групі та в 19 (47,5%) – у групі порівняння ($p < 0,05$) (табл. 1).

Диспареунію відзначали у третини пацієнток основної групи, дизуричні прояви – у 9 (22,5%) осіб, розлади функції кишечника – у 7 (17,5%) жінок, в 11 (27,5%) па-

Таблиця 1

Особливості клінічної симптоматики та скарг пацієнток досліджуваних груп, абс. число (%)

Скарги	Основна група, n=40	Група порівняння, n=40	Контрольна група, n=30
Біль	35 (87,5)* °	19 (47,5)*	2 (6,7)
Альгодисменорея	31 (77,5)**	19 (47,5)*	5 (16,7)
АМК	9 (22,5)**	2 (5,0)	0
Гіперполіменорея	11 (27,5)	5 (12,5)	4 (13,3)
Первинне безпліддя	6 (15,0)*	2 (5,0)	0
Вторинне безпліддя	13 (32,5) * °	5 (12,5)*	0
Диспареунія	13 (32,5)**	5 (12,5)	2 (6,7)
Порушення функції кишечника	7 (17,5)*	2 (5,0)	1 (3,3)
Дизуричні прояви	9 (22,5)**	2 (5,0)	0
Астено-невротичний синдром	11 (27,5)**	4 (10,0)	2 (6,7)
Сексуальна дисфункція	7 (17,5)**	1 (2,5)	0
Відсутність скарг	5 (12,5)* °	21 (52,5)*	28 (93,3)

Примітки: * – різниця достовірна проти даних групи контролю; $p < 0,05$; ° – різниця достовірна проти даних груп порівняння; $p < 0,05$.

цієнток зазначені вище симптоми поєднувалися з проявами астено-невротичного синдрому. Отже, у жінок з ендометріозом яєчників та запальними процесами органів малого таза симптоматику хронічного тазового болю та його клінічних проявів значно частіше діагностували проти даних групи порівняння ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що у пацієнток основної групи синдром хронічного тазового болю був домінуючим, а інтенсивність за візуальною аналоговою шкалою була представлена наступним чином: скаржилися на біль практично всі пацієнтки ($n=35$), у третини з них біль був виражений та нестерпним, що вимагало фармакологічної допомоги – в 11 (34,3%) жінок, 16 (45,7%) пацієнток скаржилися на помірний біль і тільки 8 (22,9%) осіб – на незначний слабкий біль.

Що стосується пацієнток з ізольованою ендометромною яєчника, то тільки в 11 (23,9%) осіб відзначалися слабкі та помірні прояви тазового болю практично в однакових частках ($p < 0,05$), у контрольній групі слабкий біль відчували 2 пацієнтки ($p < 0,05$).

Слід зазначити зростання у 2,6 раза частки вторинного безпліддя у пацієнток із запальними процесами органів малого таза та ендометріозом яєчників, тоді як доля інфертильності у групі порівняння становила 17,5%.

У двох третинах спостережень фіксували розлади менструального циклу, де домінували прояви альгодисменореї та аномальних маткових кровотеч (АМК). Під час аналізу параметрів відносного ризику (OR) було визначено, що гіперполіменорея не є визначальною у діагностиці ендометріїдної хвороби яєчників (OR=0,93; 95%: 0,23–3,80; $p > 0,05$) на відміну від дисменореї та АМК (OR=4,52; 95%: 1,44–14,19; $p < 0,05$).

Результати цього дослідження, як і дослідження інших авторів, підтверджують те положення, що пацієнтки з тазовим болем на тлі ендометріозу більш часто демонструють симптоми сексуальної дисфункції, ніж здорові жінки [5, 12]. Водночас отримані результати є співставні з літературними повідомленнями, де згідно з останніми рекомен-

даціями European Society of Human Reproduction and Embryology (2017), за наявності таких симптомів, як дисменорея, ациклічний тазовий біль, диспареунія, безпліддя та астено-невротичні прояви, а також у випадку додаткового інструментального підтвердження ознак гетеротопії ендометріодної тканини, діагноз ендометріозу доцільно верифікувати ще до оперативного втручання та вибору терапевтичної тактики [5].

Аналіз опитувальників експериментально-психологічного етапу дослідження дозволив відзначити у пацієнток основної групи рівні частки депресивних проявів середнього та легкого ступеня, тоді як у групі порівняння легкі прояви депресії констатовано у 17,5% спостережень. Результати аналізу параметрів шкал Спілберге-ра–Ханіна демонструють у даної категорії жінок одночасно зі зниженням психоемоційної адаптації вищі показники ситуативної та особистісної тривожності, які статистично значимі в 1,5 раза у двох третинах обстежених проти даних групи порівняння ($p < 0,05$). При цьому в основній групі найбільш вагомий середній показник у балах зафіксовано у пацієнток з вираженим ступенем больового синдрому, а аналіз психологічного профілю виявив більш високий рівень тривожності у пацієнток молодого віку (до 35 років). Отже, отримані дані свідчать про погіршення загального стану, психоемоційного статусу, зниження якості життя у пацієнток з тазовим болем на тлі ендометріозу та запальних процесів органів малого тазу [2, 11].

Хірургічне лікування супроводжується ланцюгом ризиків, серед яких формування трубно-перитонеального безпліддя, зниження оваріального резерву, синдром виснаження яєчників, анестезіологічні та інфекційні ускладнення [1, 4, 13]. Систематичний огляд 11 досліджень продемонстрував редукцію рівня антимюллерового гормону після операції на яєчниках, більш значущу при двобічному ураженні, а також зниження відповіді яєчників на стимуляцію гонадотропінами у програмах контрольованої індукції овуляції після цистектомії [13]. Результати проведених досліджень спонукали Європейське товариство репродукції людини та ембріології (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) запропонувати відмову від хірургічного втручання та видалення ендометрію до виконання програм IVF [7, 8, 14].

Запропоновані пацієнткам терапевтичні опції включали препарати, спрямовані на зниження проявів домінуючого симптому – хронічного тазового болю, тому використання дієногесту у цій програмі є доцільним насамперед у жінок зі слабкою та помірною інтенсивністю больового синдрому, можливістю тривалої терапії, а також

Таблиця 2

Ефективність лікування тазового болю у досліджуваних групах, М±m, бали

Пацієнтки з різним ступенем інтенсивності тазового болю, n=46	Лікування з використанням аГнРГ			Лікування з використанням дієногесту		
	До лікування	3 міс	6 міс	До лікування	3 міс	6 міс
ХТБ слабкої інтенсивності, n=11	2,8±0,3	1,8±0,2*	0,1±0,1*	2,8±0,3	2,2±0,2	0,6±0,1*
ХТБ помірної інтенсивності, n=21	5,9±0,3	3,2±0,3*	1,2±0,2*	5,9±0,3	4,1±0,2*	1,9±0,2*
ХТБ вираженої інтенсивності, n=14	8,4±0,4	6,9±0,3*	3,6±0,3*	8,4±0,4	7,5±0,3	5,8±0,2*

Примітка. * – Різниця достовірна проти вихідних даних; $p < 0,05$.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

при ризику рецидиву та з урахуванням меншої частки імовірних побічних ефектів (табл. 2). За відсутності ефекту та у випадку вираженої інтенсивності тазового болю виправдано використання інших груп препаратів (зокрема аГнРГ) [8, 10, 14].

Отримані результати підтверджують думку, що пацієнтки з хронічним тазовим болем на тлі ендометріїдної хвороби яєчників потребують використання терапевтичних програм з використанням дієногесту та аГнРГ. Водночас при слабкому та помірному ступені тазового болю препаратом вибору є дієногест у довготривалій перспективі, у випадку вираженої інтенсивності доцільно надати перевагу аГнРГ.

ВИСНОВКИ

Аналіз даних клінічного дослідження особливостей та вираженості клінічної симптоматики дозволив вказати на більш інтенсивний больовий синдром, високу частоту порушень менструального циклу, вторинного безпліддя та проявів неспецифічних клінічних симптомів, таких, як диспареунія, дизуричні та астено-невротичні розлади у пацієнок з ендометріомами, поєднаними із запальними процесами органів малого таза.

Психоемоційний стан жінок з ендометріоми яєчника, поєднаними із запальними процесами органів малого таза, характеризується високими рівнями депресивних та тривожних розладів, а також вираженою інтенсивністю больового синдрому у третині спостережень. При слабкому та помірному ступені тазового болю препаратом вибору терапевтичної програми є дієногест, використання якого доцільне у довготривалій перспективі, у випадку вираженої інтенсивності больового синдрому перевага надається аГнРГ.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Тазовая боль и психоэмоциональный статус у женщин с эндометриомой яичников, сочетающейся с воспалительными заболеваниями органов малого таза: выбор тактики лечения Р.В. Бегун, Н.Г. Геник

Традиционной мыслью остается связь хронической тазовой боли с наличием в организме патологического источника структурно-морфологических изменений ткани, например, на фоне миомы матки, эндометриоза, хронических воспалительных процессов органов малого таза. Эндометриоз, при котором наиболее характерным симптомом является хроническая тазовая боль, диагностируют у почти 10% женщин репродуктивного возраста, а проблема изучения эндометриоидных кист демонстрирует свою актуальность доминированием в структуре генитального эндометриоза у почти 59% пациенток.

Хроническая тазовая боль обуславливает нецелесообразные курсы антибактериальной терапии и, как следствие, дисбиоз, развитие синдрома истощения яичников, а хирургический подход не всегда демонстрирует желаемые результаты, часто ухудшая клиническую картину и психоэмоциональный статус пациентки.

Цель исследования: оценка выраженности болевого синдрома и психологического статуса у пациенток с тазовой болью, ассоциированной с эндометриомами яичников, и поиск эффективных терапевтических опций.

Материалы и методы. В исследование вошли 40 пациенток с эндометриозом яичника, соединенным с воспалительными процессами органов малого таза (основная группа) и 40 пациенток с изолированными эндометриомами (группа сравнения). Контрольную группу сформировали 30 пациенток без клиники генитального эндометриоза. Был проведен

анализ соматического и гинекологического анамнеза, объективного и гинекологического осмотра, данных адаптированных опросников шкал депрессии Бека и тревожности Спилбергера–Ханина, оценка боли по данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), сонографическое исследование органов малого таза, оценка данных томографии, эндоскопических и гистологических методов исследования

Результаты. Диспареуния диагностирована у трети пациенток основной группы, дизурические проявления, расстройства функции кишечника – у каждой четвертой женщины, у трети – сочетание с проявлениями астено-невротического синдрома, интенсивность боли была представлена у трети женщин как выраженная и невыносимая. Следует отметить наличие увеличения в 2,6 раза доли вторичного бесплодия, в двух третях наблюдений фиксировали расстройства менструального цикла, где доминировали проявления альгодисменореи и аномальных маточных кровотечений.

Результаты анализа психологических опросников продемонстрировали равные доли депрессивных проявлений средней и легкой степени в основной группе, а также, одновременно со снижением психоэмоциональной адаптации, высокие показатели ситуативной и личностной тревожности. Предлагаемые терапевтические опции включали использование диеногеста прежде всего у женщин со слабой и умеренной интенсивностью болевого синдрома, возможность длительного применения при возможности риска возникновения рецидива и с учетом меньшей доли возможных побочных эффектов.

Заключение. Результаты анализа полученных данных продемонстрировали наличие более интенсивного болевого синдрома, высокую частоту нарушений менструального цикла, вторичного бесплодия и проявлений неспецифических клинических симптомов у пациенток с эндометриозами, соединенными с воспалительными процессами органов малого таза.

Психоэмоциональное состояние женщин характеризуется высокими уровнями депрессивных и тревожных расстройств, также выраженной интенсивностью болевого синдрома в трети наблюдений. При слабой и умеренной степени тазовой боли препаратом выбора терапевтической программы является диеногест, использование которого целесообразно в долгосрочной перспективе, в случае выраженной интенсивности болевого синдрома предпочтение отдается применению агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, эндометриоз, воспалительные процессы органов малого таза, лечение.

Pelvic pain and psycho-emotional status in women with ovarian endometrioma combined with pelvic inflammatory diseases: treatment options choice **R.V. Bihun, N.G. Henyk**

The connection between chronic pelvic pain and the presence in the body of a pathological source of structural and morphological changes in tissue, e.g. in connection with uterine fibroids, endometriosis, chronic inflammatory processes of the pelvic organs remains a traditional opinion. Endometriosis, which is characterized by a chronic pelvic pain, affects about 10% of women of reproductive age, and the problem of studying of endometrioid cysts demonstrates its relevance by dominating in the structure of genital endometriosis up to 59%.

Chronic pelvic pain causes inappropriate courses of antibacterial therapy and, as a consequence, dysbiosis, the development of ovarian insufficiency syndrome, and the surgical approach does not always show the desired results, often worsening the clinical picture and psycho-emotional status of the patient.

The objective: of this study was to assess the severity of the pain syndrome and psychological status in patients with pelvic pain associated with ovarian endometrioma and to seek effective therapeutic options.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Materials and methods. The study included 40 patients with ovarian endometriosis combined with pelvic inflammatory disease (main group) and 40 patients with isolated endometrioma (comparison group). The control group consisted of 30 patients without manifestations of genital endometriosis. Analysis of somatic and gynecological anamnesis was used, as well as the objective and gynecological examination, data from adapted Beck's Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory, pain assessment according to the visual-analog scale (VAS), sonographic examination of the pelvic organs, evaluation of magnetic resonance imaging, endoscopic and histological methods of examination.

Results. Dyspareunia was noted in one third of patients of the main group; dysuric manifestations, intestinal disorders in one in four women, a combination with manifestations of asthenic-neurotic syndrome in a third of women, the intensity of pain was presented in a third as severe and unbearable. It should be noted that the percentage of secondary infertility increased by 2.6 times, in two thirds of cases there were menstrual disorders, which were dominated by manifestations of algodysmenorrhea and abnormal uterine bleeding.

The analysis of psychological questionnaires noted equal percentage of moderate and mild depressive symptoms in the main group, as well as, along with a decrease in psychological and emotional adaptation, high rates of situational and personal anxiety. Proposed therapeutic options included the use of dienogest primarily in women with mild to moderate pain syndrome, the possibility of long-term use at risk of recurrence and taking into account the smaller percentage of probable side effects.

Conclusions. The analysis of the obtained data allowed to indicate to more intense pain syndrome, high frequency of menstrual disorders, secondary infertility and manifestations of nonspecific clinical symptoms in patients with endometriomas combined with the pelvic inflammatory processes.

The psycho-emotional state of women is characterized by high levels of depressive and anxiety disorders, as well as a pronounced intensity of pain syndrome in one third of cases. At weak and moderate degree of pelvic pain the drug of choice of the therapeutic program is dienogest, the use of which is expedient in the long run, in case of the expressed intensity of a pain syndrome it is expedient to give a preference to the gonadotropin-releasing hormone agonist.

Keywords: chronic pelvic pain, endometrioma, pelvic inflammatory processes, treatment.

Відомості про авторів

Бігун Руслана Василівна – Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, м. Івано-Франківськ; тел.: (097) 155-90-38. *E-mail:* ruslana.gotsaniuk@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4868-8874>

Геник Наталія Іванівна – Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, м. Івано-Франківськ; тел.: (050) 521-01-96. *E-mail:* n.i.henyk@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5755-7537>

Сведения об авторах

Бигун Руслана Васильевна – Кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, г. Ивано-Франковск; тел.: (097) 155-90-38. *E-mail:* ruslana.gotsaniuk@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4868-8874>

Геник Наталия Ивановна – Кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, г. Ивано-Франковск; тел.: (050) 521-01-96. *E-mail:* n.i.henyk@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5755-7537>

Information about the authors

Bihun Ruslana V. – Department of Obstetrics and Gynecology named after I.D. Lanovyi, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivan-Frankivsk; tel.: (097) 155-90-38. *E-mail: ruslana.gotsaniuk@gmail.com*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4868-8874>

Henyk Nataliia I. – Department of Obstetrics and Gynecology named after I.D. Lanovyi, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivan-Frankivsk; tel.: (050) 521-01-96. *E-mail: n.i.henyk@gmail.com*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5755-7537>

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко ЮП, Абугалі Алаа. Алгоритм діагностики, профілактики та лікування психовегетативних та сексуальних дисфункцій у жінок з ендометріозом. Здоровье женщины. 2015;5:67-69.
2. Данилов АБ. Биопсихосоциальная концепция боли. Manage pain. 2013;1:7-11.
3. Оразов МР, Носенко ЕН, Хамошина МБ, Барсегян ЛК, Токаева ЭС, Закирова ЯР. Оценка болевого синдрома пациенток с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью, обусловленной наружным генитальным эндометриозом. Акушерство, гинекология и репродукция. 2017; 11 (2): 18-22. DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.2.018-022
4. Чернуха ГЕ. Эндометриоз и хроническая тазовая боль: причины и последствия. Проблемы репродукции. 2011;5:83-9.
5. Aerts L, Grangier L, Streuli I, et al. Psychosocial impact of endometriosis: From co-morbidity to intervention. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018;50:2-10. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.01.008
6. Chapron C, Santulli P, Steuli I, Borghese B, Ziegler D. Endometriosis: causes of pain. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2012; 119: S177. 10.1016/S0020-7292(12)60095-2
7. Gelbaya TA, Gordts S, D'Hooghe TM, Gergolet M, Nardo LG. Management of endometrioma prior to IVF: compliance with ESHRE guidelines. Reprod Biomed Online. 2010;21(3):325-330. doi:10.1016/j.rbmo.2010.04.023
8. Grandi G, Mueller M, Bersinger NA, Cagnacci A, Volpe A, McKinnon B. Does dienogest influence the inflammatory response of endometriotic cells? A systematic review. Inflamm Res. 2016;65(3):183-192. doi:10.1007/s00011-015-0909-7
9. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. BMJ (Clinical research ed.). 2014;348:g1752. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1752>
10. 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;211:108-111. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.02.015
11. McCrae C. Stress/Anxiety and Chronic Pain: Interactions, Assessment, and Treatment Approaches. 25th Annual Meeting of The North American Menopause Society. Washington, DC, October 15-18, 2014. Menopause. 2014; 21 (12): 1370-3.
12. Semeniuk LM, Demyanenko LV, Chernukha LS, Kryzhanovska OL. Sexual dysfunction as an early marker of endometriosis. Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2020; (2 (70)): 86-91. <https://doi.org/10.30978/CEES-2020-2-86>
13. Somigliana E, Bertanda N, Benaglia L, Viganò P, Vercellini P, Fedele L. Surgical excision of endometriomas and ovarian reserve: a systematic review on serum antimüllerian hormone level modifications. Fertil Steril. 2012;98(6):1531-1538. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.08.009
14. Zito G, Luppi S, Giolo E, et al. Medical treatments for endometriosis-associated pelvic pain. Biomed Res Int. 2014;2014:191967. doi:10.1155/2014/191967