

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ ТА ЕНДОМЕТРІОЗУ ЗА ЇХНЬОЇ КОМОРБІДНОСТІ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2026.82.66-72>



А.Є. ДУБЧАК

д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-6643-7200

А.Г. КОРНАЦЬКА

д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0001-6638-6426

О.О. РЕВЕНЬКО

д. мед. н., керівник відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-5784-3477

О.В. ТРОХИМОВИЧ

д. мед. н., завідувачка відділення медичних проблем планування сім'ї ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0001-7423-5281

О.В. ШЕВЧУК

к. мед. н., старший науковий співробітник відділення гнійно-запальних ускладнень вагітності ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-0936-2759

ВСТУП

Лейоміома матки (ЛМ) та ендометріоз – дві дуже поширені проблеми, з якими стикаються жінки в репродуктивному віці [1], а їхня коморбідність вивчається в різних масштабних спостережних дослідженнях [2–4]. С. Nezhad та співавт. [5] виявили високу частоту коморбідності – у 87,1% пацієток із ЛМ був присутній ендометріоз як супутня патологія. Великі когортні дослідження, проведені у 2021 р., підтверджують, що наявність ЛМ збільшує ризик розвитку ендометріозу, про що свідчить показник ризику 6,44 (95% довірчий інтервал 6,18–6,72) [6]. Симптоми захворювань матки є поліморфними й часто мають спільні прояви за ЛМ та ендометріозу [2]. ЛМ може спричинити проблеми з менструацією, а ендометріоз – провокувати сильний біль. Водночас вони можуть бути комплексною проблемою. З огляду на високу поширеність лейоміоми матки та ендометріозу, можна стверджувати, що ці патологічні стани часто поєднуються в одній жінки, що здебільшого асоціюється з порушенням фертильності [1]. Крім безпліддя, симптомами захворювань матки є больові відчуття в животі, біль під час сексу (диспареунія) та рясні менструальні кровотечі [2]. Ендометріоз та ЛМ у жінок репродуктивного віку спостерігаються з такою клінічно значущою частотою: ендометріоз виявляється у 10% жінок (до 170 млн пацієток у світі) [2], тоді як ЛМ – у 15–30% [7]. Водночас у віковій групі 35–49 років ЛМ діагностується в 70% жінок [2].

Ендометріоз характеризується ростом за межами матки тканини, що нагадує ендометрій. Навпаки, ЛМ є незлоякісними новоутвореннями, що представлені гладкими клітинами, які зазвичай ростуть всередині або навколо міометрія. Однак ендометріоз та ЛМ мають спільне генетичне походження [8, 9], а їхній розвиток охоплює комплекс ендокринних, імунологічних і прозапальних процесів [7]. Ендометріоз та ЛМ пов'язані з вищим ризиком серцево-судинних захворювань [10], артеріальної гіпертензії [10, 11] та раку [12], що передбачає потенційний їхній внесок у передчасну смертність [12, 13].

Основним методом лікування ЛМ є хірургічний, особливо у випадках, коли переважають симптоми, пов'язані зі збільшенням

об'єму, або якщо виникло безпліддя, обумовлене ЛМ [14]. Гістеректомія, а також сучасні хірургічні методи, зокрема емболізація маткових артерій, радіочастотна абляція та фокусована ультразвукова томографія під магнітно-резонансним контролем, можуть забезпечити усунення симптомів хвороби. Жінкам, які бажають зберегти фертильність, рекомендується міомектомія, що може бути виконана лапароскопічно, лапаротомічно або гістероскопічно. Однак ризик рецидиву ЛМ зберігається за будь-якого методу органозбережної терапії [14]. Близько 15–33% ЛМ рецидивують після міомектомії, і близько 10–21% жінок виконується гістеректомія протягом п'яти-десяти років [15, 16].

У дослідженнях Т. Meng (2025) було виявлено, що індекс маси тіла > 24 кг/м², більше ніж дві вагітності в анамнезі, множинні ЛМ, інтерстиціальні ЛМ та комбінована гіперплазія ендометрія є незалежними факторами високого ризику післяопераційного рецидиву ЛМ [17].

Не існує універсального підходу до ведення та лікування ендометріозу, і за відсутності надійного лікування хвороба часто рецидивує (6–67%) [18, 19]. Рецидив ендометріозу в жінок після повного хірургічного видалення вогнищ визначають як повторну появу уражень, виявлену під час наступного оперативного втручання (з гістологічним підтвердженням або без нього) чи за даними візуалізаційних досліджень [18]. Водночас передбачуваний рецидив, що ґрунтується лише на клінічній симптоматиці та не підтверджений візуалізаційними або хірургічними дослідженнями, також може розглядатися як один із підтипів рецидивного перебігу захворювання [19, 20]. Під час діагностики передбачуваного рецидиву захворювання слід точно оцінювати наявність інших ознак ендометріозу (уражень на кишечнику, спайок) і супутніх гінекологічних захворювань (аденоміоз) [18, 21].

Дані літератури свідчать, що ЛМ та ендометріоз впливають на якість життя і психічне здоров'я жінок [22], а своєчасне лікування призводить до значного покращення цих сфер [23–25]. Пацієнтки з ЛМ та ендометріозом мають вищі показники не тільки депресії та тривожності, але також спрямованого на себе насильства та стресу [23]. Такий зв'язок

може посилюватися гормональною дисрегуляцією, психологічними стресорами та впливом расизму [26].

Тому актуальним питанням є вивчення ефективності гормональної терапії після хірургічного лікування ЛМ та ендометріозу щодо виникнення рецидиву захворювання.

Мета дослідження: вивчення ефективності препарату, що містить релуголікс, естрадіол, норетистерону ацетат (Ріско) у післяопераційному періоді після хірургічного лікування жінок репродуктивного віку з коморбідністю ЛМ та ендометріозу для запобігання рецидивів захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводилось на базі відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» із серпня 2024 р. до червня 2025 р. включно. До дослідження було залучено 49 жінок із поєднанням ЛМ та ендометріозу віком від 26 до 45 років.

Критеріями включення до дослідження була наявність поєднання ЛМ та ендометріозу, наявність больового синдрому, дисменореї, аномальних маткових кровотеч (АМК). Критеріями виключення були органічна патологія сечового міхура, кишечника, хребта, екстрагенітальна патологія, злоякісні гіперпроліферативні захворювання матки та інша онкологічна патологія.

Учасниці дослідження були розподілені на дві групи:

- основна група – 21 пацієнтка – жінки, які в післяопераційному періоді з першого дня менструального циклу приймали Ріско по 1 таблетці на день протягом 28 днів із перервою 5 днів, після якої розпочинали наступну упаковку; усього Ріско приймався протягом трьох менструальних циклів;
- група порівняння – 28 пацієнток, які в післяопераційному періоді не отримували лікування гормональними препаратами, зокрема Ріско.

Обстежені жінки мали поєднання ЛМ (шифр D25 за МКХ-Х) 2–7-го типів за класифікацією Міжнародної федерації гінекології та акушерства (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)), ендометріозу яєчників (N80.3) і/або маткових труб (N80.2). Отже, була досліджена когорта пацієнток із ЛМ та ендометріозом, які перебували у відділенні.

Середній вік учасниць основної групи становив $36,2 \pm 5,4$ року, групи порівняння – $37,8 \pm 4,9$ року ($p > 0,05$).

Відповідно до мети роботи, на першому етапі – до хірургічного лікування – вивчалися

клінічні особливості, стан внутрішніх статевих органів, ультрасонографічні показники (за необхідності проводилися МРТ та КТ), а також психологічний стан за опитувальником САН (самопочуття, активність, настрої) та шкалою Спілбергера-Ханіна [27]. У процесі обстеження на кожну пацієнтку заповнювалась спеціально розроблена анкета.

На другому етапі проводилась лапароскопічне або лапаротомічне хірургічне втручання за Пфанненштилем усім жінкам за традиційною методикою, під ендотрахеальним наркозом. Показанням до проведення операції в пацієнток із поєднанням ЛМ та ендометріозу була наявність ЛМ-вузлів та/або ендометріюїдної кісти яєчників. У випадку наявності АМК за місяць до хірургічного лікування жінкам виконували гістероскопію. Лапароскопія проводилась на апараті лапароскопічної системи візуалізації з можливістю підключення стандартних (2D) і стереоскопічних (3D) головок ендовідеокамер і набором лапароскопічних інструментів (Aescular AG, Am Aescular-Platz, 78532 Tuttlingen, Германия). Гістероскопія проводилась гістероскопом Laromed (Китай). Під час лапаротомії чи лапароскопії виконували консервативну міомектомію, видалення ендометріом яєчників та/або вапоризацію чи висічення ендометріюїдних гетеротопій на очеревині або маткових трубах.

У 5 (23,8%) жінок основної групи та в 6 (21,4%) пацієнток групи порівняння методом лапаротомії була виконана консервативна міомектомія вузлів ЛМ 5–6 типу за FIGO розмірами від 10 до 16 см та проведена вапоризація перитонеальних вогнищ ендометріозу. У 4 (19,0%) жінок основної та в 5 (17,9%) пацієнток групи порівняння методом лапаротомії було видалено від 2 до 5 вузлів 5–7 типу за FIGO, розмірами від 5 до 10 см, а також проведена кістектомія ендометріом та вапоризація перитонеальних вогнищ ендометріозу. У 3 (14,3%) осіб основної групи та в 4 (14,3%) жінок групи порівняння методом лапаротомії була проведена консервативна міомектомія 1 вузла до 10 см та 3–6 вузлів діаметром 1–5 см, 3–6 типу за FIGO, та вапоризація вогнищ ендометріозу. У 3 (14,3%) осіб основної групи та в 5 (17,9%) пацієнток групи порівняння методом лапаротомії видалено вузли діаметром 8–12 см, 2 типу за FIGO, та вапоризація вогнищ ендометріозу.

Методом лапаротомії у 2 (9,5%) обстежених пацієнток основної групи та в 4 (14,3%) жінок групи порівняння проведена консервативна міомектомія вузлів ЛМ від 5 до 1 см у діаметрі кількістю від 15 до 17 штук, 4–6 типу за FIGO,

І.І. РАКША

к. мед. н., завідувачка відділення оперативної гінекології та відновлення репродуктивного здоров'я жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0001-8647-2110

О.Д. ДУБЕНКО

д. мед. н., лікарка акушер-гінеколог відділення оперативної гінекології та відновлення репродуктивного здоров'я жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-2416-7369.

О.М. ПОЛУЯНОВА

д. мед. н., старша наукова співробітниця відділення медичних проблем планування сім'ї ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0009-0003-9323-6388

О.І. БЛАЖКО

к. мед. н., директорка Центру інноваційної діяльності Київського столичного університету ім. Бориса Грінченка, м. Київ
ORCID: 0009-0001-4365-6478

Контакти:

Трохимович Ольга Віталіївна
04050, м. Київ,
вул. П. Майбороди, 8
Email: o.trohimovych@gmail.com
Тел.: +38(099) 411-22-00.

видалення ендометрієм 4–5 см у діаметрі та вапоризація вогнищ ендометріозу на маткових трубах. У 4 (19,0%) жінок основної групи та в 4 (14,3%) групи порівняння були видалені вузли ЛМ 7 типу, розміром 2–5 см, та проведена кістектомія ендометрієм діаметром 6–8 см, вапоризація перитонеального ендометріозу та ендометріозу маткових труб під час лапароскопії.

На третьому етапі, після хірургічного лікування вивчалась ефективність проведеної терапії через 3 місяці після операції. Пацієнтки основної групи з першого менструального циклу післяопераційного періоду отримували препарат Ріско за інструкцією протягом трьох менструальних циклів [28]. Ефективність оцінювалася після закінчення лікування. Жінки групи порівняння не отримували гормонального лікування.

Ріско – перший антагоніст гонадотропного релізінг-гормону (ГнРГ), поєднаний з естрадіолом та норетистероном і спеціально створений для пацієнок із ЛМ та ендометріозом [29]. Очікуваний позитивний результат від терапії базувався на властивостях компонентів Ріско, які входять до його складу: релуголікс – 40 мг, естрадіол (у формі естрадіолу гемігідрату) – 1 мг, норетистерону ацетату – 0,5 мг.

Релуголікс – це антагоніст ГнРГ, який зв'язує й блокує рецептори ГнРГ у передній долі гіпофіза, що спричиняє дозозалежне зменшення вивільнення лютеїнізувального та фолікулостимулювального гормонів передньою долею гіпофіза, у результаті чого їхня концентрація в крові зменшується. Зниження концентрації фолікулостимулювального гормону запобігає росту та дозріванню фолікулів, тим самим знижуючи вироблення естрогену. Блокування вивільнення лютеїнізувального гормону пригнічує овуляцію і розвиток жовтого тіла, що перешкоджає виробленню прогестерону.

Естрадіол – ідентичний ендogenousому гормону й потужний агоніст нуклеарних підтипів рецепторів естрогену – полегшує симптоми, пов'язані зі зменшенням рівня естрогенів, як-от вазомоторні реакції та втрата мінеральної щільності кісткової тканини.

Норетистерону ацетат – це синтетичний прогестаген, що знижує ризик розвитку гіперплазії ендометрія в жінок зі збереженою маткою. Оскільки естрогени сприяють росту ендометрія, без протидії вони збільшують ризик розвитку гіперплазії ендометрія і раку.

Крім того, препарат Ріско забезпечує адекватну контрацепцію за умови приймання протягом щонайменше одного місяця. Цей комбінований препарат для щоденного застосування вже довів свою ефективність у лікуванні рясних менструальних кровотеч, пов'язаних із ЛМ, та усуненні помірного та сильного болю, пов'язаного з ендометріозом [30]. Компоненти, які входять до складу Ріско, ефективно знижують вазомоторні симптоми та ризики втрати мінеральної щільності кісткової тканини [30]. Це водночас покращує якість життя пацієнок.

Оцінка ефективності лікування ґрунтувалась на клінічних даних, аналізі ступеня інтенсивності болю, оцінці психоемоційного стану, об'єктивному визначенні переносності препарату.

Проводився аналіз ступеня інтенсивності болю за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), що являє собою лінійку довжиною 10 см, на початку якої відмічено «відсутність болю», а в кінці – «найсильніший біль».

Психологічний статус учасниць дослідження оцінювався за допомогою психологічного інтерв'ю з використанням даних психологічного анамнезу, отриманих на підставі анкетування. Для оцінки особистісної тривожності та ступеня реактивності використовували шкалу Спілбергера-Ханіна: критеріями високих показників була сума більше ніж 46, середніх – від 31 до 45, низьких – від 0 до 30 балів. З метою оцінки тривожності як властивості особистості і як стану в певний момент у минулому, теперішньому та майбутньому використовували шкалу реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Характер самооцінки жінок вивчався за опитувальником САН [27].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили за допомогою стандартних комп'ютерних пакетів «Аналіз даних» Microsoft Excel для Windows 2010. Обчислювалися значення середнього арифметичного (M), середня похибка середньої величини (m), рівня вірогідності розбіжностей (p). Оцінювання вірогідності отриманих даних проводили загальноприйнятим методом за допомогою критерію Стьюдента. Статистично значущими вважали відмінності за рівня вірогідності не менше ніж 95% (p < 0,05).

Дослідження було виконане відповідно до принципів Гельсінської декларації, Конвенції про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини Ради Європи, відповідного законодавства України, сучасних біоетичних норм щодо безпеки та конфіденційності особистих і медичних даних у межах науково-дослідної роботи (№ держреєстрації 0123U101629). Усі учасниці дослідження надали інформовану згоду.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Після консультації суміжних спеціалістів (терапевта, уролога, психоневролога, невролога, хірурга, ендокринолога) та проведення додаткових методів дослідження (дуоденогастроскопії, ректороманоскопії, УЗД органів черевної порожнини) в учасниць дослідження були виключені соматичні захворювання як можливі причини хронічного тазового болю.

Суттєвої різниці щодо тривалості циклу та менструації в обстежених пацієнок виявлено не було. Більшість жінок зауважували значну крововтрату під час менструації – 18 (85,7%) в основній групі та 23 (82,1%) у групі порівняння, (p > 0,05). Дисменорея була виявлена в 19 (90,5%) осіб в основній групі та у 25 (89,3%) пацієнок в групі порівняння. 44 (89,8%) жінки основної групи зауважували біль у середині менструального циклу та за тиждень до менструації. У 12 (57,1%) осіб основної та 15 (53,6%) обстежених групи порівняння була присутня диспареунія (статевий контакт супроводжувався відчуттям дискомфорту або болю в нижніх відділах живота). Дизуричні розлади спостерігалися в 6 (28,6%) пацієнок основної та у 8 (28,6%) жінок групи порівняння.

АМК були виявлені в 31 (61,3%) учасниці основної групи, з приводу чого їм за 1–2 місяці до хірургічного лікування про-

водили гістероскопію, під час якої в усіх обстежених була виявлена патологія ендометрія.

Патологічні процеси в матці були виявлені у 20 (95,2%) жінок основної групи та у 26 (92,9%) пацієнток групи порівняння у формі поліпів, простої і/або осередкової гіперплазії базального шару ендометрія. Поліпи ендометрія діагностовані в 13 (61,9%) жінок основної та в 17 (60,7%) осіб групи порівняння, серед них переважали залозисто-фіброзні поліпи (відповідно 38,1 та 35,7% жінок).

Залізодефіцитна анемія (D50.00 за МКХ-X) була виявлена у 18 (85,7%) жінок основної групи та у 23 (82,1%) пацієнток групи порівняння: легка – у 6 (28,6%) та в 7 (25,0%) осіб відповідно, помірна – у 8 (38,1%) та в 10 (35,7%) осіб відповідно, тяжка – у 4 (19,0%) та в 6 (21,4%) пацієнток відповідно.

Усі учасниці основної групи оцінювали свій стан загалом як задовільний, а інтенсивність болю від незначного до сильного (больовий індекс до 9 балів за шкалою ВАШ). Майже всі пацієнтки (98%) скаржились на хронічний тазовий біль (ХТБ) (табл. 1).

Таблиця 1. Інтенсивність болю за шкалою ВАШ в учасниць дослідження до операції, абс. ч. (%)

Показник болю, бали	Основна група*, n = 21	Група порівняння, n = 28
Немає (0–4)	–	1 (3,6)
Слабкий (5–6)	2 (9,5)	2 (7,1)
Помірний (7–8)	14 (66,7)	19 (67,9)
Сильний (9–10)	5 (23,8)	6 (21,4)

* різниця вірогідна відносно групи порівняння (p < 0,05).

Більшість учасниць скаржилась на помірний біль. Майже кожна 5 пацієнтка скаржилась на сильний тазовий біль (p > 0,05). Тривалість ХТБ становила від 2 до 8 років. ХТБ у більшості обстежених – 36 (73,5%) – осіб виник після перенесеного гострого запалення внутрішніх статевих органів, у 15 (30,6%) – після артифіційного абортів. Більшість жінок, 42 (85,7%) особи, проходили комплексну протизапальну терапію і неодноразово госпіталізувались із приводу ХТБ, а тривалість непрацездатності протягом року в середньому становила 22,6 ± 5,4 днів.

На періодичні болі внизу живота переважно скаржились жінки основної групи. Біль іррадіював у попереково-крижову ділянку, внутрішню поверхню стегна, верхню частину піхви. Ниючий, щемливий біль із періодичністю від кількох разів протягом місяця до 2–3 разів протягом року й тривалістю від кількох годин до кількох днів турбував 35 (71,4%) пацієнток. Майже половина жінок на фоні ХТБ відмічала тупий біль і відчуття розпирання внизу живота.

У період максимальної больової активності 23 (46,9%) пацієнткам доводилось знижувати повсякденне навантаження: 11 (22,4%) із них уникали фізичного навантаження, 29 (59,2%) намагались обмежити або повністю виключити статеві контакти, у 10 (20,4%) осіб больовий синдром призводив до втрати працездатності. 38 (77,6%) пацієнток систематично або епізодично використовували анальгетики для купірування больового синдрому, частіше як анальгетики використовувались спазмолітики.

Найчастіше пацієнток турбувала слабкість, порушення сну та настрою, виражений передменструальний синдром, дисменорея, неможливість вести звичний спосіб життя, конфлікти в сім'ї, зумовлені порушенням сексуальних стосунків. У 34 (69,4%) учасниць дослідження ці скарги поєднувались.

Велику складність для аналізу становило поєднання больового синдрому з депресивними розладами. Пацієнтки скаржились на зниження настрою, втрату здатності отримувати задоволення, відсутність інтересу до навколишнього світу, зниження апетиту, порушення сну. З одного боку, тривалий біль значно знижує якість життя, призводить до вторинної депресії, з іншого – депресія може бути першопричиною формування болю. Також неможливо виключити вплив воєнного стану на психоемоційний стан обстежених.

Провідним фактором, який формує больові відчуття та больову поведінку, може бути порушення нервово-психічного статусу. Під час вивчення психоемоційного стану за шкалою Спілбергера-Ханіна серед скарг у більшості обстежених жінок спостерігались тривожність (89,8%), зниження настрою (81,6%), порушення сну (71,4%), плаксивість (48,9%), зниження життєвого тону (69,4%), що характерно для стану психологічної дезадаптації. Виявлено також багато відмінностей за шкалами тривожності, подразливості, емоційної лабільності. Виражена депресивність і невротичні прояви в жінок, які мають ЛМ та ендометріоз, тісно пов'язані з порушенням сну, сексуальними розладами, подразливістю.

У процесі нашого дослідження був виявлений високий рівень емоційних порушень та взаємопов'язаних особистісних структур у пацієнток із ЛМ та ендометріозом. У середньому в 42 (85,7%) обстежених жінок виявлені високі показники порушень психоемоційного стану: висока реактивність та особистісна тривожність, помірно виражений рівень нервово-психічного напруження, які мають сенситивний тип відношення до ХТБ, психологічний захист за типом раціоналізації, проєкції та компенсації.

У 14,3% жінок основної групи та в 17,8% осіб групи порівняння виявлені низькі порушення психоемоційного стану (низький рівень нервово-психічного напруження) та середній рівень реактивної та особистісної тривожності, які мають меланхолічне ставлення до ХТБ, психологічний захист за типом раціоналізації, витіснення та заперечення (табл. 2).

Таблиця 2. Психоемоційна характеристика учасниць дослідження, абс. ч. (%)

Рівень порушень	Основна група*, n = 21	Група порівняння, n = 28
Високий	18 (85,7)*	23 (82,1)
Середній	2 (9,5)	3 (10,7)
Низький	1 (4,8)	2 (7,1)

* різниця вірогідна відносно групи порівняння (p < 0,05).

В основній групі та групі порівняння виявлено високі показники реактивності (40,4 ± 0,98 та 39,5 ± 0,84 відповідно) та особистісної тривожності (32,1 ± 0,62 та 34,5 ± 0,79 відповідно). Отримані нами показники узгоджуються з даними літератури, які свідчать про формування невротичного складу особистості у хворих із тривалим больовим синдромом малого таза [24–26].

Оцінка психічного стану за опитувальником САН свідчила про зниження сумарного рівня показників у 43 (87,8%) жінок до лікування, що відповідає несприятливим показникам стану (середній бал даної шкали – 4, вищі оцінки свідчать про сприятливий стан, нижчі – про несприятливий) (рис. 1). Задовільна оцінка стану реакції коливалась у межах 5,0–5,5 [27]. Отримані дані свідчать про зниження самооцінки в жінок із поєднанням ЛМ та ендометріозу до хірургічного лікування за всіма трьома показниками (самопочуття, активність, настрої).

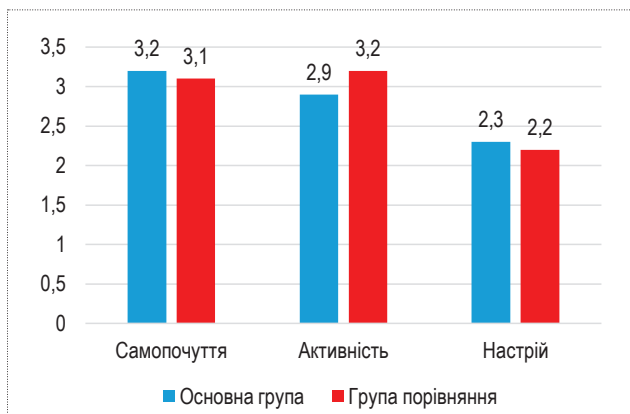


Рисунок 1. Оцінка психічного стану учасниць дослідження за опитувальником САН до хірургічного лікування, бали

Отже, у жінок із ЛМ та ендометріозом на фоні дисменореї виявлена депресивність та невротичні прояви, які тісно пов'язані з порушенням сну, сексуальними розладами, подразливістю. ХТБ у жінок із ЛМ та ендометріозом призводить до формування крайніх варіантів норми (невротична тріада) і підвищення емоційної напруги. Наше дослідження виявило психологічну дезадаптацію більшості обстежених пацієнток, що обґрунтовує необхідність проведення комплексного лікування.

Через 3 місяці після хірургічного лікування в жінок обох груп сильний біль був відсутній (табл. 3).

Таблиця 3. Інтенсивність болю за шкалою ВАШ через 3 місяці після лікування, абс. ч. (%)

Показник болю, бали	Основна група*, n = 21	Група порівняння, n = 28
Немає (0–4)	7 (33,3)	6 (21,4)
Слабкий (5–6)	13 (61,9)	19 (67,9)
Помірний (7–8)	1 (4,8)	3 (10,7)
Сильний (9–10)	–	–

* різниця вірогідна відносно групи порівняння (p < 0,05).

Помірний біль у жінок основної групи виявлявся в 13,9 раза рідше, ніж до лікування, і на 5,9% рідше, ніж у групі порівняння (p < 0,05). Відсутність болю відмічали майже 33,3% пацієнток основної групи, що на 10% більше, ніж в групі порівняння (p < 0,05). Через 3 місяці після лікування 18 (85,8%) пацієнток основної групи відчували покращення і зазначали відсутність рецидиву дисменореї (проти 12 (42,9%) обстежених групи порівняння) (p < 0,05). Зменшення інтенсивності тазового болю та покращення психо-

емоційного стану відбулося в 14 (66,7%) обстежених основної групи та в 9 (32,1%) жінок групи порівняння. Водночас не було виявлено жодного випадку погіршення стану.

Зниження життєвого тону через 3 місяці після лікування зазначали тільки одна (4,8%) жінка основної групи та 8 (28,6%) пацієнток групи порівняння (p < 0,05).

Особливості психоемоційного стану оцінювалися за наступними параметрами: відчуття тривожності та нервозності, порушення сну, плаксивість, депресивний стан, зниження життєвого тону, зниження настрою, подразливість. Відчуття депресивного стану, пригнічення на фоні лікування в жінок основної групи знизилось із 71,4 до 33,3%, в групі порівняння – із 75 до 57,31%. Відчуття тривожності (нервозності) було досить високим до лікування (у 85,7% жінок основної групи та у 82,1% жінок групи порівняння). Через 3 місяці нервозність зменшилась і виявлялась у 23,8 та 39,3% пацієнток відповідно (p < 0,05). Порушення сну, плаксивість після лікування відчували 14,3% обстежених основної та 28,6% пацієнток групи порівняння. Зниження життєвого тону через 3 місяці після лікування спостерігалось в 9,5% жінок основної групи та у 25% групи порівняння (p < 0,05).

Оцінювання психічного стану учасниць дослідження за опитувальником САН через 3 місяці після лікування свідчить про підвищення сумарного рівня показників у 43 (87,8%) осіб: 20 (95,2%) в основній групі та 23 (82,1%) у групі порівняння (рис. 2).

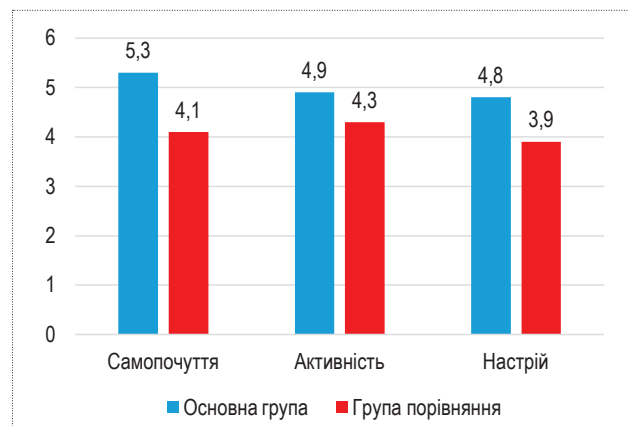


Рисунок 2. Оцінка психічного стану учасниць дослідження за опитувальником САН через 3 місяці після лікування, бали

Позитивний ефект лікування клінічно проявлявся в позитивній динаміці змін менструальної функції. Так, дисменорея лишилась в однієї (4,8%) пацієнтки основної групи та в 4 (14,3%) жінок групи порівняння (p < 0,05). Значної крововтрати в основній групі не було, а в групі порівняння вона спостерігалась у 5 (17,9%) пацієнток (p < 0,05). Диспареунії, дизуричних розладів у жінок основної групи не виявлено (у групі порівняння вони були у 2 (7,1%) та в 1 (3,6%) пацієнтки відповідно. АМК після лікування не діагностувались.

Залізодефіцитна анемія легкого ступеня була виявлена в однієї (4,8%) учасниці основної групи (у групі порівняння – у 5 (17,9%) жінок), помірна анемія – у 7 (25%) осіб групи порівняння. Тяжкої анемії після лікування не діагностовано.

Отже, поєднання ЛМ та ендометріозу посилює ризик виникнення рецидиву захворювання після хірургічного ліку-

вання. Своєчасне призначення комбінації антагоніста ГнРГ з естрадіолом та норетистероном покращує психоемоційний стан пацієнок та зменшує клінічні прояви захворювання.

За правильного вибору адекватного хірургічного та су-путнього лікування з використанням антагоніста ГнРГ у поєднанні з гіпофізарними та зменшує гонадотропними гормо-нами можна досягти досить високого рівня реабілітації репродуктивної функції жінок. Релуголікс, який входить до складу препарату Ріско, дає змогу проводити довгостроко-ве лікування симптомів ЛМ та ендометріозу [30, 31].

ВИСНОВКИ

Препарат Ріско є оригінальною комбінацією компонентів антагоніста ГнРГ, естрадіолу та норетистерону. Таке поєд-нання запобігає росту й дозріванню фолікулів, знижуючи

вироблення естрогену, полегшує симптоми, пов'язані зі зменшенням рівня естрогенів: вазомоторні прояви, втрату мінеральної щільності кісткової тканини, а також знижує ри-зик виникнення гіперплазії ендометрія, забезпечуючи адек-ватну контрацепцію.

Призначення комбінації антагоніста ГнРГ з естрадіолом і норетистероном у післяопераційному періоді в пацієнок репродуктивного віку після хірургічного лікування комор-бідності ЛМ та ендометріозу з дисменореєю призводить до більш швидкого зниження інтенсивності ХТБ на тлі покращення психоемоційного стану та відсутності рецидивів ЛМ та ендометріозу.

Конфлікт інтересів

Конфлікт інтересів відсутній.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Barnick C. Fibroids and endometriosis: what they are and common symptoms. [Internet]. *Obstetrics&Gynaecology*. 2023;03. Available from: <https://www.topdoctors.co.uk/medical-articles/fibroids-and-endometriosis-what-they-are-and-common-symptoms>
- Uimari O, Nazri H, Tapmeier T. Endometriosis and Uterine Fibroids (Leiomyomata): Comorbidity, Risks and Implications. *Front Reprod Health*. 2021 Oct 26;3:750018. DOI: 10.3389/frph.2021.750018.
- Surrey ES, Soliman AM, Johnson SJ, Davis M, Castelli-Haley J, Snabes MC. Risk of Developing Comorbidities Among Women with Endometriosis: A Retrospective Matched Cohort Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018 Sep;27(9):1114–1123. DOI: 10.1089/jwh.2017.6432.
- Choi EJ, Cho SB, Lee SR, Lim YM, Jeong K, Moon S, et al. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci*. 2017 Nov;60(6):579–586. DOI: 10.5468/ogs.2017.60.6.579
- Nezhat C, Li A, Abed S, Balassiano E, Soliemannjad R, Nezhat A, et al. Strong association between endometriosis and symptomatic leiomyomas. *JSL S J Soc Laparosc Surg*. 2016;20:e2016. DOI: 10.4293/JSL.2016.00053
- Lin KYH, Yang CY, Lam A, Chang CYY, Lin WC. Uterine leiomyoma is associated with the risk of developing endometriosis: A nationwide cohort study involving 156,195 women. *PLoS ONE*. 2021; 16:e0256772. DOI: 10.1371/journal.pone.0256772
- Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*.2020;382:1244–56. DOI: 10.1056/NEJMra1810764
- Gallagher CS, Mäkinen N, Harris HR, Rahmioglu N, Uimari O, Cook JP, et al. Genome-wide association and epidemiological analyses reveal common genetic origins between uterine leiomyomata and endometriosis. *Nat Commun*2019;10:4857. DOI: 10.1038/s41467-019-12536-4
- Méar L, Herr M, Fauconnier A, Pineau C, Vialard F. Polymorphisms and endometriosis: a systematic review and meta-analyses. *Hum Reprod Update*2020;26:73–102. DOI: 10.1093/humupd/dmz034
- Mu F, Rich-Edwards J, Rimm EB, Spiegelman D, Missmer SA. Endometriosis and risk of coronary heart disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*2016;9:257–64. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002224.
- Haan YC, Diemer FS, Van Der Woude L, Van Montfrans GA, Oehlers GP, Brewster LM. The risk of hypertension and cardiovascular disease in women with uterine fibroids. *J Clin Hypertens (Greenwich)*.2018;20:718–26. DOI: 10.1111/jch.13253. pmid:29569360.
- Kvaskoff M, Mahamat-Saleh Y, Farland LV, Shigesi N, Terry KL, Harris HR, et al. Endometriosis and cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*.2021;27:393–420. DOI: 10.1093/humupd/dmaa045
- Wang YX, Farland LV, Gaskins AJ, Wang S, Terry KL, Rexrode KM, et al. Endometriosis and uterine fibroids and risk of premature mortality: prospective cohort study. *BMJ*. 2024 Nov 20;387:e078797. DOI: 10.1136/bmj-2023-078797
- Kramer KJ, Ottum S, Gonullu D, Bell C, Ozbeki H, Berman JM, Recanatni MA. Reoperation rates for recurrence of fibroids after abdominal myomectomy in women with large uterus. *PLoS One*. 2021 Dec 9;16(12):e0261085. DOI: 10.1371/journal.pone.0261085
- Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501–12. DOI: 10.1111/1471-0528.14640
- Kotani Y, Tobiume T, Fujishima R, Shigeta M, Takaya H, Nakai H, et al. Recurrence of uterine myoma after myomectomy: Open myomectomy versus laparoscopic myomectomy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2018;44(2):298–302. DOI: 10.1111/jog.13519
- Meng T, Cheng S, Li X, Gao H, Li Y, Du M, Shi J. Analysis of risk factors for recurrence after laparoscopic myomectomy: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2025 Mar 14;104(11):e41697. DOI: 10.1097/MD.00000000000041697.
- Holdsworth-Carson SJ, Chung J, Machalek DA, Li R, Jun BK, Griffiths MJ, et al. Predicting disease recurrence in patients with endometriosis: an observational study. *BMC Med*. 2024 Aug 7;22(1):320. DOI: 10.1186/s12916-024-03508-7
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod* 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. DOI: 10.1093/hropen/hoac009oac009
- International Working Group of Aagl EE, Wes, Tomassetti C, Johnson NP, Petrozza J, Abrao MS, et al. An international terminology for endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2021 Oct 22;2021(4):hoab029. DOI: 10.1093/hropen/hoab029
- Capezzuoli T, Vannuccini S, Mautone D, Sorbi F, Chen H, Reis FM, et al. Long-term hormonal treatment reduces repetitive surgery for endometriosis recurrence. *Reprod Biomed Online*. 2021;42(2):451–6. DOI: 10.1016/j.rbmo.2020.09.018
- Tapmeier TT, Nazri HM, Subramaniam KS, Manek S, Garbutt K, Flint EJ, et al. Protocol for a longitudinal, prospective cohort study investigating the biology of uterine fibroids and endometriosis, and patients' quality of life: the FENOX study. *BMJ Open*. 2020;10:e032220. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032220
- Chiuve SE, Huisingh C, Petruski-Ivleva N, Owens C, Kuohung W, Wise LA. Uterine fibroids and incidence of depression, anxiety and self-directed violence: a cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2022; 76:92–9. DOI: 10.1136/jech-2020-214565
- Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS One*. 2019 Jan 10;14(1):e0208464. DOI: 10.1371/journal.pone.0208464.
- Della Corte L, Di Filippo C, Gabrielli O, Reppuccia S, La Rosa VL, Ragusa R, et al. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 29;17(13):4683. DOI: 10.3390/ijerph17134683
- Neumann B, Singh B, Brennan J, Blanck J, Segars JH. The impact of fibroid treatments on quality of life and mental health: a systematic review. Fertility and sterility. *VIEWES AND REVIEWS Volume 121, Issue 3P400-425 March 2024*. DOI: 10.1136/jech-2020-214565
- Чабан ОС, Хаустова ОО, ред. Практична психосоматика: діагностичні шкали. 3 ред. Київ: Медкнига, 2019. 199 с. Chaban OS, Haustova OO, editors. Practical psychosomatics: Diagnostic scales: A textbook. 3rd Ed. Kyiv: Medkniга; 2021. 199 p.
- Ріско. [Інтернет]. Державний реєстр лікарських засобів України, 2024. Доступно: <http://www.drz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/shlz1?opendocume nt&styp e=57B1B85DE3ED56FBC2258BD300515630 Rijeko>. [Internet]. State Register of Medicinal Products of Ukraine, 2024. Available from: <http://www.drz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/shlz1?opendocume nt&styp e=57B1B85DE3ED56FBC2258BD300515630>
- Al-Hendy A, Lukes AS, Poindexter AN 3rd, Venturella R, Villaruel C, Critchley HOD, et al. Treatment of Uterine Fibroid Symptoms with Relugolix Combination Therapy. *N Engl J Med*. 2021 Feb 18;384(7):630–642. DOI: 10.1056/NEJMoa2008283.
- Krewson C. Combination therapy for uterine fibroids and endometriosis. [Internet]. *Contemporare OB/GYN*. June 2, 2023. Available from: <https://www.contemporaryobgyn.net/view/combination-therapy-for-uterine-fibroids-and-endometriosis>
- Arjona Ferreira JC, Migoya E. Development of relugolix combination therapy as a medical treatment option for women with uterine fibroids or endometriosis. *F S Rep*. 2022 Nov 21;4(2 Suppl):73–82. DOI: 10.1016/j.xfre.2022.11.010 □

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ ТА ЕНДОМЕТРІОЗУ ЗА ЇХНЬОЇ КОМОРБІДНОСТІ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

А.Є. Дубчак, д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

А.Г. Корнацька, д. м. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

О.О. Ревенко, д. мед. н., керівник відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

О.В. Трохимович, д. мед. н., завідувачка відділення медичних проблем планування сім'ї ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

О.В. Шевчук, к. м. н., старший науковий співробітник відділення гнійно-запальних ускладнень вагітності ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

І.І. Ракша, к. мед. н., завідувачка відділення оперативної гінекології та відновлення репродуктивного здоров'я жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

О.Д. Дубенко, д. мед. н., лікарка акушер-гінеколог відділення оперативної гінекології та відновлення репродуктивного здоров'я жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

О.М. Полуянова, к. мед. н., старша наукова співробітниця відділення медичних проблем планування сім'ї ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

О.І. Блашко, к. мед. н., директорка Центру інноваційної діяльності Київського столичного університету ім. Бориса Грінченка, м. Київ

Мета дослідження: вивчити ефективність препарату, до складу якого входять антагоніст гонадотропного рилізінг-гормону, естрадіол та норетистерон (Рієко), у післяопераційному періоді після хірургічного лікування жінок репродуктивного віку з коморбідністю лейоміоми матки та ендометріозу для запобігання рецидивів захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження охоплювало 49 жінок віком від 26 до 45 років, у яких було діагностовано поєднання лейоміоми матки та ендометріозу. Із них 21 пацієнтка в післяопераційному періоді з першого дня менструального циклу приймала препарат Рієко для профілактики рецидиву протягом трьох менструальних циклів (основна група). 28 пацієнток у післяопераційному періоді не отримували лікування гормональними препаратами (група порівняння). Усім пацієнткам проводилась хірургічна лапароскопія або лапаротомія за Пфанненштилем під ендотрахеальним наркозом. Під час лапароскопії або лапаротомії були виконані консервативна міомектомія, видалення ендометріом яєчників та/або вапоризація, або висічення ендометріодних гетеротопій на органах малого таза.

Результати. Обстеження пацієнток після лікування показало, що сильний та помірний біль спостерігався лише в 4,8% жінок основної групи, що майже втричі менше, ніж у групі порівняння та майже в 19 разів менше, ніж до хірургічного лікування. Дисменорея в пацієнток основної групи виявлялася втричі рідше. Аномальні маткові кровотечі та значні крововтрати в основній групі припинилися, а в групі порівняння вони були наявні в 17,9% жінок ($p < 0,05$). Оцінка психоемоційного стану учасниць дослідження через 3 місяці після лікування свідчила про підвищення сумарного рівня показників у 95,2% пацієнток, які отримували гормональну терапію.

Висновки. Своєчасне призначення препарату Рієко в післяопераційному періоді в жінок репродуктивного віку з коморбідністю лейоміоми матки та ендометріозу покращує психоемоційний стан, зменшує клінічні прояви захворювання та запобігає виникненню рецидиву.

Ключові слова: жінки репродуктивного віку, лейоміома матки, ендометріоз, лапароскопія, лапаротомія, психоемоційний стан, консервативна міомектомія, дисменорея, профілактика рецидиву, Рієко.

PREVENTION OF RECURRENCE OF UTERINE LEIOMYOMA AND ENDOMETRIOSIS WITH COEXISTING DISEASE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AFTER SURGICAL TREATMENT

A.E. Dubchak, DSc, professor, chief researcher, Department of Rehabilitation of Women's Reproductive Function, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

A.G. Kornatska, DSc, professor, chief researcher, Department of Rehabilitation of Women's Reproductive Function, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

O.O. Revenko, DSc, head of the Department of Rehabilitation of Women's Reproductive Function, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

O.V. Trokhymovych, DSc, head of the Department of Medical Problems of Family Planning, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

O.V. Shevchuk, PhD, senior researcher, Department of Purulent and Inflammatory Complications of Pregnancy, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

I.I. Raksha, PhD, head of the Department of Operative Gynecology and Restoration of Women's Reproductive Health, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

O.D. Dubenko, DSc, Department of Operative Gynecology and Restoration of Women's Reproductive Health, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

O.M. Poluianova, PhD, senior researcher, Department of Medical Problems of Family Planning, SI "Ukrainian Center of Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv

O.I. Blazhko, PhD, Director of the Center for Innovation, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv

Objective of the study: to evaluate the effectiveness of a medication containing a gonadotropin-releasing hormone antagonist, estradiol, and norethisterone (Rieko) in the postoperative period after surgical treatment of women of reproductive age with comorbidity of uterine leiomyoma and endometriosis in order to prevent recurrence of the disease.

Materials and methods. The study included 49 women aged 26 to 45 years with a combination of uterine leiomyoma and endometriosis. 21 patients received the medication Rieko in the postoperative period starting from the first day of the menstrual cycle for the prevention of recurrence during three menstrual cycles (the main group). 28 patients in the postoperative period did not receive treatment with hormonal medications (comparison group). All patients underwent surgical laparoscopy or laparotomy via the Pfannenstiel approach under endotracheal anesthesia. Conservative myomectomy, removal of ovarian endometriomas, and/or vaporization or excision of endometrioid heterotopias on the pelvic organs were performed during laparoscopy or laparotomy.

Results. Examination of patients after treatment showed that severe and moderate pain was observed only in 4.8% of women in the main group, which was almost three times less than in the comparison group and almost 19 times less than before surgical treatment. Dysmenorrhea was reported three times less frequently by patients in the main group. Abnormal uterine bleeding and significant blood loss ceased in the main group, in the comparison group they were observed in 17.9% of women ($p < 0.05$). Assessment of the psychoemotional state of the participants three months after treatment indicated an increase in the overall level of indicators in 95.2% of patients who received hormonal therapy.

Conclusions. Timely administration of the medication Rieko in the postoperative period in women of reproductive age with comorbidity of uterine leiomyoma and endometriosis improves the psychoemotional state, reduces clinical manifestations of the disease, and prevents recurrence.

Keywords: women of reproductive age, comorbidity, uterine leiomyoma, endometriosis, laparoscopy, laparotomy, psychoemotional state, conservative myomectomy, dysmenorrhea, recurrence prevention, Rieko.