Проблемы репродукции
2021, Т. 27, №1, с. 46-52
https://doi.org/10.17116/repro20212701146

Russian Journal of Human Reproduction =
Problemy Reproduktsii 2021, vol. 27, no.1, pp. 46-52
https://doi.org/10.17116/repro20212701146

Хроническая тазовая боль при эндометриозе у женщины в репродуктивном возрасте

© Е.Н. АНДРЕЕВА[1, 2], Е.В. ШЕРЕМЕТЬЕВА[1]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Эндометриоз — распространенное самостоятельное заболевание, частота которого у женщин репродуктивного возраста достигает 15% и может служить причиной 10% всех обращений к гинекологу, 40% лапароскопий и 10—15% гистерэктомий. Хроническая тазовая боль негативно влияет на качество жизни пациентки и нарушает ее социальную адаптацию. В урологической и гинекологической практике хроническая тазовая боль требует комплексного лечения. Однако в 30% случаев установить причину заболевания невозможно. Главная цель клинициста — правильное определение этиологии заболевания и тактики лечения при синдроме тазовой боли у пациентки с эндометриозом. Медикаментозное лечение с хорошим профилем безопасности и переносимости должно быть терапией первой линии у пациенток с тазовой болью при эндометриозе, которые на данный момент не заинтересованы в беременности и не имеют показаний к срочному хирургическому лечению. Прогестины обладают преимуществами перед комбинированными оральными контрацептивами для лечения эндометриоза и, согласно международным и российским клиническим рекомендациям, относятся к первой линии лечения этого заболевания. Терапевтическая стратегия по отношению к эндометриозу, основанная на долгосрочном приеме прогестинов, позволяет минимизировать количество различных лабораторных и инструментальных исследований и посещений гинеколога, снизить затраты на хирургическое вмешательство и его риск.

Ключевые слова: *эндометриоз, репродукция, бесплодие, хроническая тазовая боль, диеногест.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Андреева Е.Н. — https://orcid.org/0000-0001-8425-0020; eLibrary SPIN: 1239-2937
Шереметьева Е.В. — https://orcid.org/0000-0001-7177-0254; eLibrary SPIN: 9413-5136
Автор, ответственный за переписку: Шереметьева Е.В. — e-mail: s1981k@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В. Хроническая тазовая боль при эндометриозе у женщины в репродуктивном возрасте. *Проблемы репродукции*. 2021;27(1):46–52. https://doi.org/10.17116/repro20212701146

Chronic pelvic pain in patients of reproductive age with endometriosis

© E.N. ANDREEVA[1, 2], E.V. SHEREMETYEVA[1]

[1]National Medical Research Center for Endocrinology, Moscow, Russia;
[2]Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

ABSTRACT

Endometriosis is a common independent disease, the frequency of which in women of reproductive age reaches 15% and can cause 10% of all visits to a gynecologist, 40% of laparoscopies and 10-15% of hysterectomies. Chronic pelvic pain negatively affects the patient's quality of life and disrupts her social adaptation. In urological and gynecological practice, chronic pelvic pain requires complex treatment. However, in 30% of cases, it is impossible to determine the cause of the disease. The main goal of the clinician is to correctly determine the etiology and treatment tactics for pelvic pain syndrome in a patient with endometriosis. Medical treatment with a good safety and tolerability profile should be the first line therapy in patients with pelvic pain with endometriosis who are not currently interested in pregnancy and do not have an indication for urgent surgical treatment. Progestins have advantages over combined oral contraceptives for the treatment of endometriosis and, according to international and Russian clinical guidelines, are the first line of treatment for this disease. A therapeutic strategy in relation to endometriosis, based on long-term progestin intake, minimizes the number of various laboratory and instrumental examinations and visits to the gynecologist, and reduces the cost and risk of surgical intervention.

Keywords: *endometriosis, reproduction, infertility, chronic pelvic pain, dienogest.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Andreeva EN. — https://orcid.org/0000-0001-8425-0020, eLibrary SPIN: 1239-2937
Sheremetyeva E.V. — https://orcid.org/0000-0001-7177-0254, eLibrary SPIN: 9413-5136
Corresponding author: Sheremetyeva E.V. — e-mail: s1981k@yandex.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Andreeva EN, Sheremetyeva EV. Chronic pelvic pain in patients of reproductive age with endometriosis. *Problemy Reproduktsii (Russian Journal of Human Reproduction)*. 2021;27(1):46–52. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/repro20212701146

В течение последних десятилетий проблема хронической тазовой боли привлекает внимание не только неврологов, но и урологов, акушеров-гинекологов, психиатров и врачей других специальностей. В основном изучение направлено на периферические, органные механизмы, такие как воспаление и инфекционные процессы.

Исследования показали, что некоторые механизмы хронического болевого синдрома находятся в рамках патологии центральной нервной системы (ЦНС). Периферические стимулы, например воспаление, могут быть триггером этого процесса, однако хронический болевой синдром может сохраняться в дальнейшем в результате повреждения ЦНС независимо от первоначальной причины. Купирование тазового болевого синдрома возможно только в рамках междисциплинарного подхода к этой проблеме.

Согласно определению, приведенному в методических рекомендациях, хроническая тазовая боль — это хроническая или персистирующая боль, воспринимаемая в структурах, относящихся к тазу, как у мужчин, так и у женщин [1]. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain — IASP), хроническая тазовая боль — это самостоятельное заболевание, проявляющееся постоянной болью в нижних отделах живота и пояснице, продолжающейся не менее 6 мес [2, 3]. Она часто связана с негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными последствиями, а также с симптомами со стороны нижних мочевых путей, половой системы, кишечника, тазового дна или репродуктивной системы у женщин. Согласно клинической классификации UPOINT[1], в основе которой лежит фенотипирование, речь в данном обзоре пойдет об органоспецифическом (Organ specific) домене хронической тазовой боли, когда обследование пациентки должно быть проведено для выяснения гинекологических и сексологических жалоб, включая гинекологическое и ректальное исследование [1].

Многие пациентки с незначительной тазовой болью, как правило, не обращаются к врачу или остаются без установленного диагноза. Показано, что в 75% случаев проблема обусловлена гинекологическими причинами, в 23% случаев — заболеваниями других органов и систем, в 1—2% случаев — психическими расстройствами [4].

[1]Система клинической классификации UPOINT, в основе которой лежит фенотипирование больного. Классификация содержит 6 доменов: мочевой, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический, болевой.

Обследование пациентки с хронической тазовой болью направлено на тщательный осмотр области брюшной полости и таза, в том числе на предмет выявления участков изменения мышечного тонуса. Должны быть зафиксированы любые патологические изменения функций мышц. Бимануальное исследование необходимо проводить с осторожностью, так как оно может быть триггером боли. Женщину следует обследовать на предмет инфекции, а также провести цитологическое исследование шейки матки. Различные методы визуализации позволяют определить анатомические патологические изменения структур в области таза. Трансвагинальное ультразвуковое исследование позволяет выявить зоны болезненного мышечного спазма, обусловленные настоящим или предшествующим висцеральным заболеванием. Наиболее часто применяемым инвазивным методом исключения гинекологических заболеваний и дифференциальной диагностики тазового болевого синдрома у женщин является лапароскопия, однако в настоящий момент большинством авторов подчеркивается нецелесообразность оперативного вмешательства на первом этапе [5—7]. В некоторых ситуациях для выяснения генеза при мультикомпонентной боли лапароскопию сочетают с цитоскопией и/или проктоскопией [1].

Частота развития эндометриоза увеличивается во всем мире. Его точная этиология неизвестна, но есть данные, указывающие на преимущественное заболевание женщин с отсутствием родов в анамнезе. Диагноз порой можно заподозрить при наличии в анамнезе вторичной дисменореи и/или диспареунии. Самые распространенные гинекологические «болевые» состояния включают дисменорею, воспалительные (инфекционные) заболевания органов малого таза и эндометриоз. При исследовании часто наблюдаются болезненность в области боковых сводов влагалища, уменьшение подвижности матки, болезненность в области влагалищно-прямокишечной перегородки и в области яичников (в случае кистозных образований).

Эндометриоз, являющийся наиболее частой причиной хронической тазовой боли, поражает 10% женщин репродуктивного возраста [8] и выявляется у 28—74% пациенток при лапароскопии, произведенной по поводу хронического болевого синдрома [3]. Хронический болевой синдром в ряде случаев непропорционален выраженности эндометриоза и имеет комплекс психобиосоциальных компонентов. Неудовлетворительные результаты лечения больных эндометриозом могут проявляться развитием у них хронического болевого синдрома, частота которого

составляет от 5 до 50% и более. При этом необходимость выполнения повторных операций при рецидивах тяжелого эндометриоза, расширение объема оперативного вмешательства усугубляют синдром тазовой боли [9].

Диагностика эндометриоза по-прежнему вызывает много вопросов у клинициста, так как задержка в установлении диагноза, по данным аналитических обзоров 2020 г., составляет от 3,3 до 10,7 года [10, 11]. Диагностика эндометриоза должна основываться на данных опроса пациентов и инструментальных методах исследования [12].

C. Chapron и соавт. в аналитическом обзоре 2019 г. суммировали признаки эндометриоза и вопросы, которые рекомендуется врачу-клиницисту задать пациентке в рамках диагностического поиска **(табл. 1)**, а также подчеркнули важность полноценного сбора анамнеза для быстрого установления диагноза эндометриоза [12].

Болевой синдром при эндометриозе многолик. Интенсивность болевых ощущений у каждой женщины проявляется по-разному. Одни пациентки описывают боль как терпимую, ноющую. Другие же говорят о сильной судорожной боли, похожей на схватки перед родами. Наиболее часто пациентки отмечают следующие состояния:

— альгодисменорею (описывают как выраженную болезненность в нижней части живота и области поясничного отдела позвоночника во время или за день до менструации; с окончанием менструации болевой синдром проходит или интенсивность его существенно ослабевает);

— хроническую тазовую боль (описывают как неприятные ощущения в области живота, боль в пояснице, возникающую вне зависимости от менструального цикла);

— диспареунию (описывают как болезненность, появляющуюся во влагалище во время полового акта);

— дизурию (описывают как болезненное и учащенное мочеиспускание).

В настоящий момент авторы выделяют следующие причины эндометриоз-ассоциированной боли: спаечный процесс в малом тазу, алгогенное воздействие медиаторов воспаления, феномен микроменструаций, а также поражение структуры нервов [13]. На сегодняшний момент рассматривается гипотеза о стойком болевом синдроме при наружном генитальном эндометриозе, обусловленном присоединением нейропа-

Таблица 1. **Перечень признаков эндометриоза и вопросы, которые может задать врач-клиницист для сбора анамнеза.**
Table 1. **List of signs of endometriosis and questions the clinician might ask about the history.**

Специфические признаки эндометриоза, выявляемые в процессе сбора анамнеза Ниже рассмотрены факторы развития и признаки эндометриоза, а также вопросы, которые врачу следует задать пациентке при сборе анамнеза	
Семейные случаи эндометриоза — Наличие эндометриоза у родственника первой степени родства	— Боль в области диафрагмы — Боль в области грудной клетки — Боль в пояснично-крестцовом отделе
Внутриутробный период и раннее детство — Пациентка родилась недоношенной — В неонатальном периоде маточное кровотечение или низкий вес при рождении — Искусственное вскармливание — Задержка роста в раннем возрасте — Перенесенное в детстве сексуальное и эмоциональное насилие	**Синдром хронической усталости** — Боль — Бессонница — Депрессия — Профессиональный стресс
Подростковый возраст — Тяжелая первичная дисменорея, приводившая к снижению качества жизни — Пропуск школьных занятий из-за боли — Низкая эффективность или неэффективность препаратов для лечения болевого синдрома: НПВС и/или комбинированных оральных контрацептивов* — Мигрени	**Сопутствующие заболевания** — Аутоиммунные заболевания (например, системная красная волчанка, склеродермия, ревматоидный артрит, синдром Шегрена, рассеянный склероз и фибромиалгия) — Эндокринные заболевания (например, гипотиреоз и диффузный токсический зоб) — Астма, атопия и аллергические заболевания (поллиноз, пищевая аллергия и аллергический риносинусит) — Мигрени — Воспалительные заболевания кишечника (например, язвенный колит и болезнь Крона) — Сердечно-сосудистые заболевания (например, гипертония и гиперхолестеринемия) — Онкологические заболевания (например, рак яичников, рак молочной железы или меланома)
Фенотип — Низкий ИМТ — Невусы на коже — Пигментные пятна (например, веснушки)	
Бесплодие	**Акушерский анамнез** — Осложнения во время беременности и неблагоприятные перинатальные исходы — Невынашивание беременности
Характеристики боли — Боли циклического характера, усиливающиеся во время менструации	**Перенесенные операции на органах малого таза** — Хирургическое лечение эндометриоза — Другие операции (например, лапаротомия или кесарево сечение)
Нарушения менструального цикла — Боль в нижней части живота — Тазовая боль	

тического компонента боли [13]. Перспективным подходом к изучению боли является анализ ее молекулярных основ. Изучение факторов, способствующих развитию и хронизации боли, особенностей клинической картины болевого синдрома, анализ функциональных расстройств в ноцицептивной системе могут позволить расширить представления о патогенетических механизмах хронического болевого синдрома при наружном генитальном эндометриозе и наметить пути преодоления данной проблемы.

Инфильтративный (глубокий) эндометриоз — это глубокое эндометриоидное поражение, которое, по-видимому, развивается как доброкачественная опухоль (прорастание эндометриоидных очагов в подлежащие органы и ткани на глубину более 5 мм, зачастую сопровождающееся нарушением функции пораженных смежных органов), частота которого изолированно, без других очагов, — 6,5%. В структуре эндометриоза инфильтративный эндометриоз составляет примерно 33%. Ведущая жалоба при инфильтративном эндометриозе — это болевой синдром, который отмечается у 98% женщин. Болевой синдром при первичном обращении женщины расценивается как проявление воспалительных заболеваний органов малого таза, дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника или остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, а также возможны мысли в отношении урологической патологии [14].

Для оценки характеристики и интенсивности тазовой боли при эндометриозе наиболее часто используются следующие шкалы:

— шкала C. McLaverty и R. Shaw (1995 г.) — основана на идентификации трех симптомов: дисменореи, диспареунии или тазовой боли, не связанной с менструальным циклом, интенсивность каждого из которых определяется по 3-балльной шкале. Однако шкала имеет определенные недостатки: нельзя проводить сравнительный анализ интенсивности боли в группах больных с разными сочетаниями симптомов;

— визуально-аналоговая шкала (ВАШ, англ. visual analogue scale — VAS), валидность которой доказана в ряде исследований;

— опросник Pain Detect — для идентификации нейропатического компонента боли, содержит в себе схему болевых расстройств в виде картинки, на которой отмечается локализация боли [15].

C. Chapron и соавт., проводя анализ литературы в 2019 г., подчеркивали, что болевой синдром следует купировать «без промедления», чтобы избежать центральной сенситизации, так как это может стать автономным, происходящим независимо от периферического стимула состоянием, которое будет формировать хронический болевой тазовый синдром [12]. Медикаментозное лечение должно быть первой линией терапии у пациенток с болевым синдромом при эндометриозе, не подтвержденном гистологически [12] во время проведения хирургического вмешательства.В данном аналитическом обзоре предложен алгоритм ведения пациентки с эндометриозом с учетом болевого синдрома **(см. рисунок)** [12].

Для купирования болевого синдрома при эндометриозе, согласно Российским клиническим рекомендациям по эндометриозу 2020 г. [16], предложено использование нестероидных противовоспалительных препаратов, однако не более 3 мес. Поэтому женщинам с эндометриозом в сочетании с хроническим болевым синдром требуется длительное медикаментоз-



Рис. **Алгоритм ведения пациентки с эндометриозом, не заинтересованной в ближайшее время в беременности [12].**
Fig. **Endometriosis management algorithm for patients without immediate desire for pregnancy [12].**

Таблица 2. **Особенности влияния комбинированных оральных контрацептивов и диеногеста 2 мг при эндометриозе**
Table 2. **Features of the effect of combined oral contraceptives and dienogest 2 mg in endometriosis**

Параметры	Комбинированные оральные контрацептивы	Диеногест 2 мг
Уровень эстрогена	Доза эстрогена, превышающая физиологические границы, поддерживает неустойчивость соотношения эстроген/прогестин и может стимулировать развитие заболевания	Наблюдается умеренное снижение уровня эстрогенов, которые остаются в пределах терапевтического окна (30—60 пг/мл)
Влияние на дисменорею, синдром тазовой боли, диспареунию	Могут уменьшать проявления дисменореи, но не облегчают другие виды боли: диспареунию, нециклическую тазовую боль	Исследования подтвердили благоприятный профиль эффективности диеногеста в снижении множества видов эндометриоз-ассоциированной боли: тазовой боли, дисменореи, диспареунии, дизурии, дисхезии
А если был «молчащий» эндометриоз до начала терапии?	Существуют данные, что женщинам, принимавшим комбинированные оральные контрацептивы для терапии дисменореи, в дальнейшем устанавливали диагноз «эндометриоз», причем в тяжелой инфильтративной форме	Женщин с симптоматическим глубоким инфильтративным эндометриозом можно вести с помощью медикаментозной терапии диеногестом 2 мг

ное лечение с благоприятным профилем эффективности и безопасности.

Женщины, получавшие комбинированные оральные контрацептивы (КОК*) по поводу дисменореи в анамнезе, имели повышенную вероятность развития эндометриоза, в частности инфильтративных форм [17, 18].

Диеногест разработан специально для лечения эндометриоза, в последние годы его профиль эффективности изучался в ходе многочисленных экспериментальных и клинических испытаний. Диеногест 2 мг — это оптимальный выбор для длительного ведения больных с эндометриозом в сочетании с болевым синдромом, что важно для женщин, не реализовавших репродуктивные планы, а также он может служить альтернативой операции или может быть назначен сразу после операции женщине с эндометриозом и хронической тазовой болью. Показано, что диеногест в небольшой дозе (2 мг) существенно уменьшает объем эндометриоидных поражений, снижает интенсивность болевого синдрома, связанного с эндометриозом, включая дисменорею, предменструальную боль, диспареунию и диффузную тазовую боль, и профиль эффективности препарата эквивалентен таковому при использовании агонистов гонадотропин-рилизинг гормона, но с меньшей выраженностью побочных эффектов. Статистически значимые показатели эффективности диеногеста для лечения и профилактики рецидивов эндометриоза связаны с сочетанием нескольких механизмов действия — антиэстрогенного, антипролиферативного, противовоспалительного и антиангиогенного [19].

В исследовании 2020 г. эксперты A. Murji и соавт. проанализировали профиль эффективности применения КОК и диеногеста 2 мг **(табл. 2)** [20].

В Кохрейновском обзоре 2018 г. подчеркивается недостаточность доказательств в отношении эффективности КОК при эндометриоз-ассоциированной боли [21]. Всего 5 исследований (612 женщин) соответствовали критериям включения в анализ, только 3 из них (404 женщины) обладали достаточным объемом данных для анализа [22, 23]. На сегодняшний день не существует убедительных доказательств эффективности КОК в отношении боли, ассоциированной с эндометриозом, по сравнению с плацебо или другими методами лечения. Данные различных исследований не могут быть обобщены. Существуют данные, поддерживающие эффективность КОК в уменьшении дисменореи у женщин с эндометриозом, однако это не касается других болевых симптомов (диспареунии, хронической тазовой боли) [20].

Продолжительная терапия диеногестом в дозе 2 мг/сут также показала статистически значимое уменьшение интенсивности болевого синдрома через 24—52 нед с допустимыми побочными эффектами [24]. Показано, что диеногест в дозе 2 мг/сут более выраженно облегчал эндометриоз-ассоциированный болевой синдром, чем дидрогестерон в дозе 10 мг 2 раза в сутки, при сопоставимом профиле безопасности. Этот вывод имеет большое значение, так как тазовая боль является одним из самых важных симптомов эндометриоза [25].

Согласно российскому клиническому протоколу по эндометриозу (2016), рекомендуется использовать для лечения медикаментозную терапию в течение 3 мес при условии отсутствия противопоказаний и побочных эффектов, после чего нужно проводить оценку ее эффективности. Рекомендуется монотерапия прогестагенами в качестве терапии первой линии. Терапию необходимо осуществлять в непрерывном режиме и в дозах, на фоне которых развивается аменорея. Такой подход позволяет не только устранить боль, предотвратить развитие новых поражений, но и обеспечить регресс уже имеющихся очагов [16].

Терапия диеногестом 2 мг продемонстрировала снижение разных видов боли у женщин с наружным генитальным эндометриозом. Результатами исследования терапии диеногестом 2 мг через 6 мес стало снижение выраженности симптомов:

— дисменореи — в 4,4 раза;
— диспареунии — в 2 раза;
— хронической тазовой боли — в 2,5 раза;

*КОК не зарегистрированы для лечения эндометриоза.

— дизурии — в 3 раза;

— дисхезии — в 3,4 раза [5].

В другом исследовании было показано, что диеногест 2 мг при применении в течение 60 мес продемонстрировал одинаково статистически значимое снижение боли у пациенток как после операции, так и без операции [6].

Рекомендации международной экспертной группы по применению диеногеста для женщин с эндометриозом показали, что:

— в мире во многих исследованиях накоплен опыт длительного применения диеногеста (до 5 лет) для лечения эндометриоза;

— терапия диеногестом длительностью до 5 лет помогала предотвратить рецидивы заболевания / симптомы после операции и снижала эндометриоз-ассоциированную боль: тазовую боль, дисменорею, диспареунию, дизурию, дисхезию;

— длительная терапия диеногестом 2 мг (до 5 лет) показала благоприятный профиль безопасности и переносимости [20].

В 2020 г. оригинальный диеногест-содержащий препарат (визанна) стал предметом изучения в рамках крупнейшего исследования реальной клинической практики в области эндометриоза. Самое масштабное пострегистрационное наблюдательное исследование Visanne Post-approval Observational Study (VIPOS) включило более 26 000 пациенток из 6 европейских стран — Венгрии, Германии, Польши, России, Украины и Швейцарии. Главная цель VIPOS — изучение профиля безопасности применения диеногеста при эндометриозе по сравнению с другими лекарственными средствами (как зарегистрированными, так и не зарегистрированными для лечения эндометриоза) в реальных условиях. Длительность наблюдения составила 7 лет. Основными критериями оценки препарата в исследовании VIPOS служили следующие параметры:

— анемия, требующая медикаментозного лечения;

— появление или усиление депрессии;

— прекращение терапии эндометриоза вследствие неэффективности.

По итогам многолетних наблюдений за тысячами женщин количество подтвержденных случаев анемии и депрессии оказалось значительно меньше ожидаемого. Отношение скорректированного риска развития анемии составило 1,1 (95% ДИ 0,4—2,6) для диеногеста по сравнению с другими зарегистрированными для терапии эндометриоза средствами и 1,3 (95% ДИ 0,7—2,4) по сравнению с препаратами off-label. Отношение скорректированного риска появления новых случаев депрессии или усиления ее симптомов составило 1,8 (95% ДИ 0,3—9,4) и 1,5 (95% ДИ 0,8—2,8) соответственно. При анализе и интерпретации полученных данных авторы столкнулись с такими сложностями, как трудность оценки в условиях редкости нежелательных явлений и выраженные расхождения между результатами в 6 странах VIPOS. Тем не менее эксперты считают возможным сделать заключение, что профиль безопасности в отношении риска развития анемии при применении диеногеста остается без изменений и ассоциация приема диеногеста с угрозой анемии не подтверждается. Нельзя исключить незначительное повышение риска депрессии, но оно может быть следствием как исходной тяжести заболевания, так и присущим той или иной стране «вмешивающимся факторам» при регистрации данных. Важно, что женщины, получающие диеногест, чаще по сравнению с женщинами других групп сообщали, что эндометриоз у них подтвержден хирургически, болевой синдром до лечения протекал в тяжелой форме, а в анамнезе у них отмечались эпизоды депрессии. Специалисты считают, что исследование VIPOS хорошо продемонстрировало рутинную клиническую практику ведения женщин с эндометриозом в Европе [26].

Таким образом, эндометриоз является одной из самых часто встречающихся нозологий на приеме врача-акушера-гинеколога, которая диагностируется почти у 70% пациенток с хронической тазовой болью. Примерно у каждой четвертой женщины с синдромом тазовой боли во время диагностической лапароскопии обнаруживается тот или иной вид эндометриоза. Пока нет единого лекарственного средства для лечения и излечения эндометриоза, пациентки вынуждены жить с его симптомами, ухудшающими качество жизни, — это болевой синдром и бесплодие. Клинически значимые эффекты в отношении хронической тазовой боли при эндометриозе в настоящий момент отмечены при применении прогестинов, особенно диеногеста 2 мг, который в большинстве случаев помогает улучшить качество жизни наших пациенток.

Статья подготовлена при поддержке компании «Байер».
This article was prepared with the support of Bayer.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Зайцев А.В., Шаров М.Н., Пушкарь Д.Ю., Ходырева Л.А., Дударева А.А. *Хроническая тазовая боль. Методические рекомендации №20.* М.: Издательский дом «АБВ-пресс»; 2016.
Zaitsev AV, Sharov MN, Pushkar DYu, Khodyreva LA, Dudareva AA. *Khronicheskaya tazovaya bol'. Metodicheskie rekomendatsii №20.* M.: Izdatel'skij dom «ABV-press»; 2016.
2. International Association for the Study of Pain. 2011. Accessed December 10, 2020. https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/AboutIASP/IASPAnnualReport2011.pdf
3. Бахарева И.В. Хроническая тазовая боль у женщин. *Фарматека.* 2017;12(345):20-29.

Bakhareva IV. Chronic pelvic pain in women. *Farmateka*. 2017; 12(345):20-29. (In Russ.).

4. Clemens JQ, Mullins C, Ackerman AL, Bavendam T, van Bokhoven A, Ellingson BM, Harte SE, Kutch JJ, Lai HH, Martucci KT, Moldwin R, Naliboff BD, Pontari MA, Sutcliffe S, Landis JR; MAPP Research Network Study Group. Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network. *Nature Reviews. Urology*. 2019;16(3):187-200. https://doi.org/10.1038/s41585-018-0135-5
5. Ярмолинская М.И., Фролова М.С. Возможности терапии диеногестом 2 мг у больных наружным генитальным эндометриозом. *Проблемы репродукции*. 2017;23(1):70-79. Yarmolinskaya MI, Frolova MS. Possibilities of dienogest 2 mg therapy in patients with external genital endometriosis. *Problemy Reproduktsii*. 2017;23(1):70-79. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/repro201723170-79
6. Römer T. Correction to: Long-term treatment of endometriosis with dienogest: retrospective analysis of efficacy and safety in clinical practice. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2019;299(1):293. https://doi.org/10.1007/s00404-018-4977-0
7. Щукина Н.А., Буянова С.Н. Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза. *Русский медицинский журнал. Мать и дитя*. 2014;22(14):1002-1005. Shchukina NA, Buyanova SN. Modern view on the diagnosis and treatment of endometriosis. *Russkij meditsinskij zhurnal. Mat' i ditya*. 2014;22(14):1002-1005. (In Russ.).
8. Rogers PA, D'Hooghe TM, Fazleabas A, Gargett CE, Giudice LC, Montgomery GW, Rombauts L, Salamonsen LA, Zondervan KT. Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop. *Reproductive Sciences*. 2009;16(4): 335-346. https://doi.org/10.1177/1933719108330568
9. *Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных*. М. 2013. Ссылка активна на 10.12.20. *Endometrioz: diagnostika, lechenie i reabilitatsiya. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh*. M. 2013. Accessed December 10, 2020. (In Russ.). https://www. mz19.ru/upload/iblock/b7b/endometrioz.pdf
10. Méar L, Herr M, Fauconnier A, Pineau C, Vialard F. Polymorphisms and endometriosis: a systematic review and meta-analyses. *Human Reproduction Update*. 2020;26(1):73-102. https://doi.org/10.1093/humupd/dmz034
11. Ghai V, Jan H, Shakir F, Haines P, Kent A. Diagnostic delay for superficial and deep endometriosis in the United Kingdom. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020;40(1):83-89. https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1603217
12. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature Reviews. Endocrinology*. 2019;15(11):666-682. https://doi.org/10.1038/s41574-019-0245-z
13. Bedaiwy MA, Alfaraj S, Yong P, Casper R. New developments in the medical treatment of endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2017; 107(3):555-565. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.12.025
14. Gordts S, Koninckx P, Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2017;108(6):872-885.e1. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.036
15. Адамян Л.В., Сонова М.М., Арсланян К.Н., Логинова О.Н. Особенности хронической тазовой боли у пациенток с наружным генитальным эндометриозом. *Лечащий врач*. 2019;9:83-87. Adamyan LV, Sonova MM, Arslanyan KN, Loginova ON. Features of chronic pelvic pain in patients with external genital endometriosis. *Lechashchij vrach*. 2019;9:83-87. (In Russ.).
16. *Эндометриоз. Клинические рекомендации*. 2016. Ссылка активна на 10.12.20. *Endometrioz. Klinicheskie rekomendatsii*. 2016. Accessed December 10, 2020. (In Russ.). https://roag-portal.ru/recommendations_gynecology
17. Chapron C, Souza C, Borghese B, Lafay-Pillet MC, Santulli P, Bijaoui G, Goffinet F, de Ziegler D. Oral contraceptives and endometriosis: the past use of oral contraceptives for treating severe primary dysmenorrhea is associated with endometriosis, especially deep infiltrating endometriosis. *Human Reproduction*. 2011;26(8): 2028-2035. https://doi.org/10.1093/humrep/der156
18. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertility and Sterility*. 2017;107(3):533-536. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.003
19. Чернуха Г.Е. Эндометриоз и хроническая тазовая боль: причины и последствия. *Проблемы репродукции*. 2011;17(5):83-89. Chernukha GE. Endometriosis and chronic pelvic pain: causes and consequences. *Problemy Reproduktsii*. 2011;17(5):83-89. (In Russ.).
20. Murji A, Biberoğlu K, Leng J, Mueller MD, Römer T, Vignali M, Yarmolinskaya M. Use of dienogest in endometriosis: a narrative literature review and expert commentary. *Current Medical Research and Opinion*. 2020;36(5):895-907. https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1744120
21. Brown J, Crawford TJ, Datta S, Prentice A. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;5(5):CD001019. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001019.pub3
22. Harada T, Kosaka S, Elliesen J, Yasuda M, Ito M, Momoeda M. Ethinylestradiol 20 mg/drospirenone 3 mg in a flexible extended regimen for the management of endometriosis-associated pelvic pain: a randomized controlle trial. *Fertility and Sterility*. 2017;108(5): 798-805. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.07.1165
23. Vercellini P, Trespidi L, Colombo A, Vendola N, Marchini M, Crosignani PG. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. *Fertility and Sterility*. 1993;60(1):75-79.
24. Волков В.Г., Малых Н.Е. Эффективность и безопасность длительного применения диеногеста у женщин с глубоким инфильтративным эндометриозом. *Русский медицинский журнал. Мать и дитя*. 2019;2(3):226-230. Volkov VG, Malykh NE. Efficacy and safety of long-term administration of dienogest for deep infiltrative endometriosis. *Russkij meditsinskij zhurnal. Mat' i ditya*. 2019;2(3):226-230. https://doi.org/10.32364/2618-8430-2019-2-3-226-230
25. Hatem TH, Mohammed MA, Fawzi HA. Comparison of the Efficacy and Safety between Dienogest and Dydrogesterone in Treatment of Endometriosis: Prospective Study. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2018;7(3):1704-1707. https://doi.org/10.21275/ART20179838
26. Moehner S, Becker K, Lange JA, von Stockum S, Heinemann K. Risk of depression and anemia in users of hormonal endometriosis treatments: Results from the VIPOS study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;251: 212-217. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.049

Поступила 13.11.2020
Received 13.11.2020
Принята к печати 03.12.2020
Accepted 03.12.2020

MA-M_VIS-RU-0011-1