

гностовано джерела труднощів, які іноземний студент особливо гостро відчуває в перший рік перебування в новій країні та мають вплив на його адаптацію в суспільстві та навчання в медичному закладі. Виявлені ознаки психосоціальної дезадаптації у іноземних студентів, які являють собою психосоціальний бар'єр, подолання якого пов'язане з психічними (душевними), особистісними, емоційними, інтелектуальними, а також фізичними перевантаженнями, що і підтверджується дослідженням.

**Ключові слова:** іноземні студенти, психосоціальна дезадаптація.

### PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF FOREIGN STUDENTS' ADAPTATION OF MEDICAL INSTITUTIONS OF UKRAINE

**Herasymentko L. O., Isakov R. I., Fysun Y. O.**

**Abstract.** The research of the psychosocial adaptation phenomenon of foreign medical students arose not only in the historical, political, educational, but also psychological aspects, in terms of medical, general and social psychology. The success of education in Ukraine is largely determined by the social and cultural adaptation of a foreign student, which implies the adaptation of a foreign student to the conditions of new values, norms of behavior, traditions. Six main blocks have been studied, which correspond to the main directions of disturbed psychosocial functioning: family, sexual, production (official), economic and property, communicative, informational among foreign students of medical institutions of Ukraine. Analysis of the structure of psychosocial maladaptation for foreign students showed that its most typical manifestations were: information overload at all levels (in the learning process and outside it), difficulty adapting to the language environment, religious differences, emotional overload (new connections, surroundings, intercourse, comfort during communication), maladaptation at the house hold level (independence in budgetal location, self-sufficiency and self-service), dissatisfaction with psychological relationships with colleagues and comrades, problems in the family. The largest share of severe manifestations of psychosocial maladaptation was combined with somatic reactions, such as tremor, sweating, palpitations, headaches, sleep and appetite disorders, and cases of information and production forms of psychosocial maladaptation. The sources of difficulties that a foreign student feels especially acutely in the first year of his stay in the new country and have an impact on his adaptation in society and study in a medical institution have been diagnosed. Signs of psychosocial maladaptation in foreign students are detected, which are a psychosocial barrier, overcoming of which is associated with mental (emotional), personal, emotional, intellectual, physical overload, which is confirmed by the study.

**Key words:** foreign students, psychosocial maladaptation.

*Рецензент – проф. Скрипніков А. М.  
Стаття надійшла 21.12.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2021-2-160-91-96

УДК 618.14 – 002.092 – 006.03:618 – 071.4 – 008.6:612.017:159.92

*Грек Л. П.*

### МОЖЛИВОСТІ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ПАЦІЄНТОК З ПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГЕНІТАЛІЙ І ХРОНІЧНИМ ТАЗОВИМ БОЛЕМ

Дніпровський державний медичний університет (м. Дніпро)

*Mila\_Grek@3g.ua*

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дана публікація є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО ДЗ «ДМА» «Збереження та покращення репродуктивного здоров'я жінок після комплексного лікування проліферативних захворювань геніталій на підставі доказової медицини», державний реєстраційний № 0114U009599.

**Вступ.** Протягом останніх десятиріч відзначається тенденція до підвищення частоти поєднаних доброякісних гормональних захворювань геніталій (ДГЗГ), що багатьма дослідниками визначається як «гіперпроліферативний синдром», який супроводжується хронічним тазовим болем (ХТБ) [1, 2, 3]. В основі розвитку даних захворювань лежать спільні патогенетично обумовлені патологічні процеси тканин ендометрія. Так за даними різних дослідників найбільш частою супутньою патологією аденоміозу (АМ) є лейоміома матки (ЛМ) у 80-85% випадків [4, 5]; АМ часто поєднується з різними формами зовнішнього генітального ендометріозу (ЗГЕ) [6] і від 30 до 76,8% з гіперплазією ендометрію (ГЕ) часто поєднується з лейоміомою (ЛМ) [7, 8].

Етіопатогенетична багатофакторність гіперпроліферативних захворювань геніталій, резистентність до проведеної терапії особливо при поєднаних доброякісних захворюваннях матки і коморбідних станах екстрагенітальної патології є актуальною міждисциплінарною проблемою [9, 10, 11]. В результаті лікування цього поширеного контингенту гінекологічних хворих з синдромом хронічного тазового болю не завжди вдається досягнути стійкого терапевтичного ефекту, що супроводжується рецидивом ХТБ у 18-45% та ускладненнями від проведеного лікування у 78% хворих [12, 13]. Незважаючи на це, прагнення до радикальних оперативних втручань, повинно поступитися підходу, що орієнтований на потреби пацієнток, для яких, крім збереження фертильності, важливе значення має усунення больового синдрому [14, 15, 16, 17, 18]. У зв'язку з цим набуває актуальності розробка та обґрунтування персоналізованої терапії у пацієнток з «проліферативним синдромом» геніталій на підставі імуногістохімічних маркерів (ІГМ): рецепторів естрогенів (ER), прогестерона (PGR), індекса проліферації (Ki-67), васкулоендотеліального

фактора росту (VEGF), циклооксигенази-2 (COX-2) в еутопічному ендометрії (ЕЕ).

**Мета:** розробити, патогенетично обґрунтувати лікувально-реабілітаційні заходи, з урахуванням патогенетичних передумов, у жінок з проліферативними захворюваннями геніталій.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 120 жінок з доброякісними гормонозалежними захворюваннями геніталій (ДГЗГ) (генітальний ендометріоз, лейоміома матки, гіперплазія ендометрія, хронічний сальпінгіт і оофорит) в різних поєднаннях. Визначено дві основні клінічні групи з ХТБ: 1 група – (n=44) з важким больовим синдромом з оцінкою по ВАШ 7-9 балів і 2 група – (n=41) з больовим синдромом помірної інтенсивності по ВАШ 4-6 балів, та група порівняння 3 – (n=35) без ХТБ. Порівняльний розподіл на клінічні групи показав відсутність статистично значущих розбіжностей відповідно до наявності / відсутності хронічного тазового болю, за репродуктивним анамнезом та наявністю розбіжностей за віковими характеристиками, тривалістю захворювання ( $p \leq 0,005$ ).

Пацієнтки знаходилися на лікуванні в гінекологічному відділенні КЗ «Дніпровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради, що є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології і перинатології ФПО ДДМУ (Дніпровського державного медичного університету). При проведенні обстежень додержувалися біоетичних принципів, пацієнтки, яких було включено у загальну вибірку, надали письмову згоду щодо участі у дослідженні. Загальноклінічні методи дослідження проводилися згідно діючих Наказів МОЗ України.

З метою об'єктивізації больового синдрому використовувалася 10-бальна візуальна аналогова шкала (ВАШ). Для вимірювання сенсорної, емоційної і кількісної складових больового синдрому використовувалася спеціальна анкета – больовий опитувальник Мак-Гілла. Рівень депресивних порушень визначали за допомогою шкали Гамільтона (HDRS). Морфологічний аналіз включав гістологічне дослідження мікропрепаратів еутопічного ендометрію, забарвлених за стандартною методикою гематоксиліном і еозинном, та імуногістохімічне дослідження (на зрізах товщиною 4 мкм відповідно до протоколів компанії-виробника TermoScientific (TS) (США) із використанням системи візуалізації Quanto та DAB Chromogen). Для статистичної обробки даних використовувались варіаційні методи параметричні та непараметричні методи статистики. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та програмного пакету MedCalc Statistical Software trial version 17.4. (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; [https://www.medcalc.org](https://www.medcalc.org;); 2017).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік пацієнток 1 групи становив  $37,05 \pm 1,58$  років проти  $41,05 \pm 1,08$  років у 2 групі та  $41,94 \pm 1,89$  років у 3 групі. Переважання пацієнток вікової групи  $37,05 \pm 1,58$  років у 1-групі у порівнянні з більш старшими жінками в групах 2 та 3 можна пояснити наявністю інтенсивного та прогресуючого перебігу ХТБ, у зв'язку з чим його активність проявлялася вже протягом раннього періоду (від 0,6 до 3 років), на відміну від пацієнток 2 та 3 груп, де симптоматика захворювань (порушення оваріально-менструального циклу, АМК,

гіперпластичні процеси ендометрію, аденоміоз, лейоміома матки) проявляється здебільшого у пізньому репродуктивному віці.

Аналіз результатів обстеження хворих за частотою нозології згідно з МКХ-10 перегляду показав, що у клінічних групах спостерігалися хворі на аденоміоз – N 80.0; ендометріоз яєчника – N 80.1; лейоміому матки – D 25.0, гіперплазію ендометрія без атипії (порушення проліферації) – N 85.0, доброякісні кісти яєчника – N 83.1, хронічний сальпінгіт, оофорит – N 70.1, у різних поєднаннях. Поєднання аденоміозу (АМ) з лейоміомою матки (ЛМ) і патологією ендометрія (ПЕ) (порушення проліферації / гіперплазія без атипії) найчастіше зустрічалось у групі 1 – 47,70%, у порівнянні з 2-групою – 24,35% та 3-групою – 14,29% ( $p < 0,001$ ). Частота поєднання ендометріозу яєчників (ЕЯ) з АД та ЛМ спостерігалась відповідно у 11,36%, та 18,18% жінок у 1 групі проти 4,87% у другій ( $p < 0,001$ ). Вузлова форма АМ та ЛМ тип III і IV (за клініко-ультразвуковою класифікацією ЛМ) у поєднанні з патологією ендометрію (ПЕ) спостерігалась у пацієнток 1 групи відповідно у 6,81% та у 15,9% пацієнток (**рис. 1**).

Аналіз характеристики менструальної функції у досліджуваних пацієнток виявив порушення оваріально-менструального циклу за типом первинної дисменореї у 75% пацієнток, та вторинної дисменореї у 25% жінок у 1 групі, та відповідно у 34,14% та 36,58% у 2 групі, порівняно з групою без тазового болю де зустрічались лише поодинокі випадки первинної дисменореї ( $p < 0,01$ ). Частота АМК у 1 групі визначена у – 60,28% хворих; у 2 групі у – 58,53% та 3 групі у – 48,57%. Випадки гіперплазії ендометрія (без атипії) за даними патоморфологічного дослідження визначено у 1 групі – 52,27%, у 2 групі – 51,20%; у 3 групі – 20,0%. Аналіз стану порушення репродуктивної функції показав, що за частотою випадків первинного, вторинного безпліддя та невиношування вагітності перевищували пацієнтки у основних групах 34,11% порівняно з жінками без тазового болю – 25,71%.

Проведені нами попередні дослідження виявили, що дисбаланс стероїдних гормонів сприяє прогресуванню проліферативних процесів на фоні запальної реакції, обумовленої дисбалансом інтерлекінів [13].

Диференційний підхід до лікування здійснено на підставі аналізу оцінки ХТБ за ВАШ та імуногістохімічних маркерів (ІГМ): рецепторів естрогенів (ER), прогестерону (PGR), індексу проліферації (Ki-67), васкулоендотеліального фактора росту (VEGF), циклооксигенази-2 (COX-2) в еутопічному ендометрії (ЕЕ) (**табл. 1**).

Пацієнткам з аденоміозом (АМ) I-II ст. в поєднанні з лейоміомою матки (ЛМ) з високою оцінкою болю за ВАШ; низькою (1+) ( $N < 100$ ) та помірною (2+) ( $100 < N < 200$ ) експресією рецепторів естрогенів (ER) та прогестерону (PGR); високими показниками Ki-67 в залозах і стромі вище 20%, помірно та виражено позитивною реакцією (3+) VEGF; експресією (4+) COX-2 в ЕЕ – терапія включала агоністи гонадотропін-релізінг гормону (а-Гн-РГ) – 3,6 мг з 1-2 дня менструального циклу 1 раз в 28 днів на 3-6 місяців, в поєднанні з курсовим призначенням препаратів риб'ячого жиру до 1000 мг на добу, вітаміну D3 2000 МО та вітамінів, що містять кальцій, магній, цинк до 4-6 тижнів.

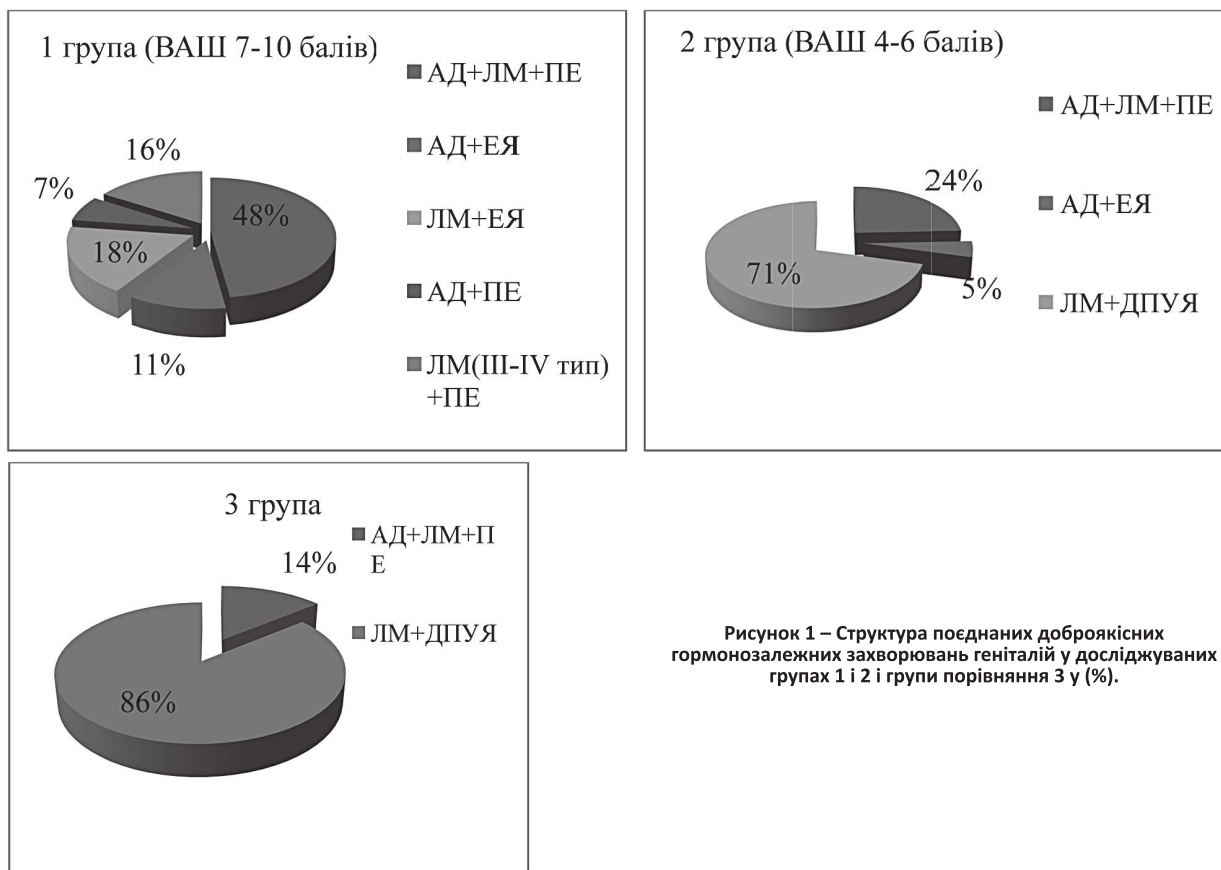


Рисунок 1 – Структура поєднаних доброякісних гормонозалежних захворювань геніталій у досліджуваних групах 1 і 2 і групи порівняння 3 у (%).

Пацієнткам з АМ (дифузна форма) в поєднанні з ЛМ та гіперплазією ендометрія (ГЕ) з високою оцінкою болю за ВАШ; вираженою (3+) (200<H<300) експресією ER та PGR; високими показниками Ki-67 в залозах і стромі вище 20%, помірно позитивною (3+) та вираженою реакцією (4+) VEGF; вираженою експресією (4+) COX-2 в ЕЕ – терапія включала а-Гн-РГ 3,6 мг на 3-6 місяців, з подальшим введенням внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС), дієту, що вміщує катехін та індол-3-карбінол. Поряд з основною гормонотерапією хворі отримували донатор оксиду азоту препарат L- аргінін, пероральну форму тивортина аспартату по 3 г (15 мл) на добу в 3 прийоми курс 14 днів впродовж 3 місяців. На підставі результатів показників ВАШ на тлі лікування було доведено більш швидке досягнення зниження інтенсивності ХТБ у пацієнок, які отримали комбі-

новану терапію, а-Гн-РГ 3,6 та донатор оксиду азоту (L-аргінін).

З огляду на побічні ефекти від застосування монотерапії а-ГнРГ у пацієнок з аденоміозом в поєднанні з лейоміомою матки у вигляді пітливості і припливів, зміною настрою, порушенням сну, посиленням психоемоційних розладів, пацієнтки були проконсультовані психіатром з призначенням трициклічних антидепресантів, препаратів селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), транквілізативів. Спільне призначення цих препаратів з а-ГнРГ сприяє зниженню частоти депресивних розладів і зміни настрою, поліпшенню сну.

Пацієнткам з зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ) в поєднанні з АМ (вузлова форма I-II ст.), помірною оцінкою болю за ВАШ; вираженою (3+) (200<H<300) експресією ER та PGR; Ki-67 в залозах та

Таблиця 1 – Лікувальна тактика у пацієнок з ГЕ і поєднаними ДГЗГ, що обумовлює СХТБ на підставі аналізу імуногістохімічних маркерів і ВАШ

Схема лікування		Кількість пацієнтів	ВАШ, середній бал			Медіанні значення експресії				
№	Опис		M	SD	m	ER	PGR	Ki-67	VEGF	COX-2
						Me (25%; 75%)				
1	а-Гн-РГ 3,6 мг 6 міс.	10	7,45	1,80	0,57	3 (2,5; 3)	2 (2; 2,5)	14 (11; 19)	3 (2; 3,5)	4 (3; 4)
2	а-Гн-РГ 3,6 мг 3- 6 міс. + ЛНГ-ВМС	18	7,19	1,34	0,32	2 (2; 3)	2,5 (1,5; 3)	11 (9; 19)	2 (1,5; 3,5)	3 (2; 3,5)
3	ДГ 6-12 міс.(МК)+ КОКдг 12 міс.	23	6,46	1,51	0,32	2 (2; 2,5)	2 (1,5; 2,5)	9 (6; 13)	3 (2,5; 3,5)	3 (2; 3,5)
4	аГн-РГ 3 міс.(МК)+ДГ 12 міс.	6	7,08	2,22	0,91	1,5 (1; 2,5)	1,5 (1; 2,5)	5 (5; 17)	3,5 (2,5; 4)	4 (2,5; 4)
5	ЛНГ-ВМС	22	6,57	1,61	0,34	2 (2; 2)	2 (2; 2)	12 (11,5; 13)	3 (3; 3)	2 (2; 3)
6	КОК	6	6,67	1,25	0,51	2 (2; 2)	2 (2; 2)	20 (20; 20)	4 (4; 4)	4 (4; 4)

Примітки: а-Гн-РГ – агоністи гонадотропін-рилізінг гормону; ЛНГ-ВМС – внутрішньоматкова система з левоноргестрелом; ДГ – дієногест; КОК – комбіновані оральні контрацептиви

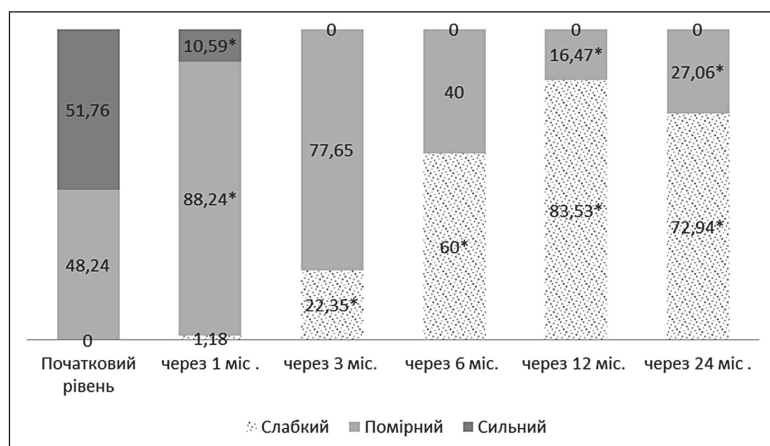
**Таблиця 2 – Розподіл досліджуваних хворих жінок залежно від обраної лікувальної тактики, n (%)**

Схема лікування	1 група (n=44)	2 група (n=41)	p
<b>№1</b> – а Гн-РГ 3,6 мг 6 міс.	7 (15,91)	3 (7,32)	$\chi^2_1=4,30$ $p=0,508$
<b>№2</b> – а Гн-РГ 3,6 мг 3- 6 міс. + ЛНГ-ВМС	11 (25)	7 (17,07)	
<b>№3</b> – ДГ 6-12-24міс. (МК)+КОКдг 12 міс.	10 (22,73)	13 (31,71)	
<b>№4</b> – Гн-РГ 3 міс. (МК)+ДГ 12 міс.	4 (9,09)	2 (4,88)	
<b>№5</b> – ЛНГ-ВМС	10 (22,73)	12 (29,27)	
<b>№6</b> – КОК	2 (4,55)	4 (9,76)	

**Примітки:** а-Гн-РГ – агоністгонадотропін-релізінг гормону; ЛНГ-ВМС – внутрішньоматкова система з левоноргестрелом; ДГ – дієногест; МК – мелоксикам; КОК – комбіновані оральні контрацептиви; p – розбіжності між групами за критерієм  $\chi^2$  Пірсона;  $\chi^2_1$  – між 1-ю та 2-ю групами

стрімі нижче 20%, помірно позитивною (3+) та вираженою реакцією (4+) VEGF; вираженою експресією (4+) COX-2 терапія включала дієногест (ДГ) 2 мг на 6-12 міс. з подальшим призначенням комбінованих оральних контрацептивів (КОК), що містять ДГ до 12-24 місяців.

Пацієнтки з ЗГЕ в поєднанні з ЛМ, високою та помірною оцінкою болю за ВАШ; помірною (2+) (100<N<200) експресією ER в залозах і вираженою (3+) (200<N<300) експресією PGR в залозах і стромі;



**Рисунок 2 – Динаміка розподілу рівня ВАШ у досліджуваних жінок (%).**

помірними показниками Ki-67 в залозах і стромі 10-20%, помірно позитивною (3+) та вираженою реакцією (4+) VEGF; вираженою експресією (4+) COX-2, яким було проведено оперативне лікування в обсязі адгезіолізісу, енуклеації ендометрію, коагуляції поверхневих вогнищ ендометріозу, консервативного видалення лейоматозних вузлів. Лікування в післяопераційному періоді включало аГн-РГ протягом 3-х місяців, з призначенням ДГ 2 мг впродовж 12-24 місяців, в залежності від репродуктивного статусу.

Пацієнткам з ГЕ і проявами дисменореї, диспареунії, нециклічного тазового болю лікування включало дієногест 2 мг протягом 6 місяців з подальшим призначенням КОК з дієногестом на 12 міс. Пацієнткам з аденоміозом (дифузна та вогнищева форма) з дисменореєю, диспареунією, АМК в анамнезі лікування включало ЛНГ-ВМС.

Як терапію першої лінії при ХТБ пацієнткам призначали НПВС, інгібітори циклооксигенази-2 мелок-

сикам 15 мг на добу протягом двох тижнів. В цілому серед 85 жінок обстежених хворих жінок з ХТБ майже у третини (27,06%) використовувалася схема: ДГ 6-12-24 міс. (МК)+КОКдг 12 міс.; у чверті (25,88%) – ЛНГ-ВМС; у кожній п'ятій (21,18%) – а-Гн-РГ 3,6 мг 3- 6 міс. + ЛНГ-ВМС, решта припадає на інші методи (табл. 2).

Оцінка ефективності лікування пацієнток з ХТБ різної інтенсивності проводилася на підставі аналізу: динаміки зміни ВАШ (через 1, 3, 6, 12 та 24 місяці) після лікування; показників рівня особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора та рівнів депресивного розладу за шкалою Гамільтона (обстеження у динаміці проведені через 3, 6 та 12 місяців після лікування).

Також ми враховували персональні пріоритети пацієнток, зокрема: вік, репродуктивні плани та статус, стадію хвороби, попереднє лікування та можливість тривалого лікування.

Щодо оцінки болю за ВАШ в динаміці лікувальної програми, визначалося суттєве ( $p<0,05$ ) зрушення ХТБ у бік слабкої вираженості, як у короткотривалій, так і довготривалій перспективах. Через 3 місяці після лікування жодна з жінок з основних груп не відчувала сильного болю за ВАШ, проте 77,65% пацієнток скаржились на помірний рівень болю (4-6 балів).

Цей показник поступово зменшувався і через рік складав лише 16,47%, решта – 83,53% припадала на мінімальний рівень болю (1-3 бали) ( $p<0,05$ ) (рис. 2).

В цілому при усіх застосованих методах лікування через 3 місяці рівень особистісної тривожності зменшується на 22,77%, через 6 місяців – на 38,62%, через рік – на 48,15% ( $p<0,05$ ). Темпи зниження рівня депресивних порушень за шкалою Гамільтона серед усіх обстежених складала: -18,95% через 3 місяці; -32,2% через 6 місяців та -42,15% через 12 місяців ( $p<0,05$ ).

Після проведеної комплексної терапії пацієнтки вказували на поліпшення внутрішньоособистого стану, а також поліпшення внутрішньосімейних взаємин і підвищення соціального спілкування.

**Висновки.** Отже, на підставі проведеного аналізу щодо динаміки змін рівня ВАШ, особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора та рівня депресивних розладів за шкалою Гамільтона можна стверджувати про ефективність обраної стратегії лікування. В результаті проведеного дослідження обґрунтовано персоналізований підхід до лікування хворих з гіперпроліферативними захворюваннями геніталій.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вдосконаленні лікувально-реабілітаційних заходів при поєднаних доброякісних гормональних захворюваннях матки і коморбідних станах екстрагенітальної патології, з метою профілактики рецидивів захворювань у довготривалій перспективі.



## Література

1. Guriev TD, Sidorova IS, Unanyan AL. Sochetanie miomyi matki i adenomioza. Moskva: OOO «MIA»; 2012. 256 s. [in Russian].
2. Stanoevich IV. Dobrokachestvennyie giperplasticheskie zabolovaniya matki: ot taktiki lecheniya k strategii profilaktiki. Vrach. 2009;2:9-12. [in Russian].
3. Coxon L, Horne AW, Vincent K. Pathophysiology of endometriosis-associated pain: A review of pelvic and central nervous system mechanisms. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018;51:53.
4. Prudnikov PM. Porivnyalni aspekti vplyvu rlnznh metodiv llykuvannya genitalnogo endometrozu na yaklst zhittya. Zdorove zhenschiny. 2017;9(125):97-9. [in Ukrainian].
5. Kumbak B, Özkan ZS, Cilgin H, Simsek HM. Coexistence of adenomyosis in women operated for benign gynecological diseases. Journal Gynecological Endocrinology. 2012;28:212-5.
6. Mowers EL, Lim CS, Skinner B, Mahner N, Kamdar N, Morgan DM, et al. Prevalence of Endometriosis During Abdominal or Laparoscopic Hysterectomy for Chronic Pelvic Pain. Obstet Gynecol 2016;127:1045.
7. Normatyvno-dyrektyvni dokumenty MOZ Ukrayiny. Nakaz MOZ Ukrayini № 319 Unifskovaniy klinichniy protokol pervinnoyi, vtornnoyi (spetsializovanoyi) ta tretinnoyi (visokospetsializovanoyi) medichnoyi dopomogi «Taktika vedennya patsientok z genitalnim endometrioziem». 2016 Kvit 6. [in Ukrainian].
8. Guriev TD, Levakov SA, Sheshukova NA, Borovkova EI. Sochetannyye dobrokachestvennyie giperproliferativnyie zabolovaniya matki. Akusherstvo i ginekologiya. 2014;2:63-72. [in Russian].
9. Grek LP. Rol komorbidnoyi patologiyi u patsientok z «proliferativnimi» zahvoryuvannyami genitaliy ta sindromom hronichnogo tazovogo bolyu. Visnik problem biologiyi i meditsini. 2018;2(144):154-61. [in Ukrainian].
10. Golubev VL. Bol – mezhdistsiplinarnaya problema. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2008;15(4):3. [in Russian].
11. Shcherban' OM. Terapiya hronichnogo tazovogo bolyu u zhinok, yakі vperше zvernulisya po medichnu dopomogu. Kerivnitstvo Korolivskogo koledzhu akusherstva i ginekologiyi Velikobritaniyi. Zhinochiy likar. 2012;6:49-56. [in Ukrainian].
12. Dubossarskaya ZM, Grek LP. Osobennosti patogeneza i lecheniya hronicheskoy tazovoy boli pri genitalnom endometrioze. Obzor literatury. Reproaktivnoe zdorove zhenschiny. Vostochnaya Evropa. 2016;4(46):493-503. [in Russian].
13. Grek LP, Dubossarska ZM. Kliniko-morfologichna charakteristika hronichnogo tazovogo bolyu u patsientok z giperproliferativnimi zahvoryuvannyami statevih organiv. Zdorove zhenschiny. 2019;2(138):74-79. [in Ukrainian].
14. Zhuk SI, Kosyanchenko SN, Kulik VA. Kompleksnoe lechenie sochetannoy disgormonalnoy patologii reproduktivnoy sistemy. Meditsinskiy aspektiy I zdorovya zhenschiny. 2010;3:28-31. [in Russian].
15. Cormack PL. Dienogest. A review of its use in the treatment of endometriosis. Drugs. 2010;70:2073-88.
16. 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;211:108-11.
17. Somigliana E, Busnelli A, Benaglia L, Viganò P, Leonardi M, Paffoni A, et al. Postoperative hormonal therapy after surgical excision of deep endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;209:77-80.
18. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2010;12:CD008475.

### МОЖЛИВОСТІ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ПАЦІЄНТОК З ПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВО- РЮВАННЯМИ ГЕНІТАЛІЙ І ХРОНІЧНИМ ТАЗОВИМ БОЛЕМ

**Грек Л. П.**

**Резюме.** Етіопатогенетична багатофакторність гіперпроліферативних захворювань геніталій, резистентність до проведеної терапії особливо при поєднаних доброякісних захворюваннях матки і коморбідних станах екстрагенітальної патології є актуальною міждисциплінарною проблемою. При лікуванні цього поширеного контингенту гінекологічних хворих з синдромом хронічного тазового болю не завжди вдається досягнути стійкого терапевтичного ефекту.

**Мета:** розробити, патогенетично обґрунтувати лікувально-реабілітаційні заходи, з урахуванням патогенетичних передумов, у жінок з проліферативними захворюваннями геніталій.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 120 жінок з доброякісними гормонозалежними захворюваннями геніталій та хронічним тазовим болем (ХТБ). Хворі були розподілені на 3 клінічні групи, в залежності від наявності та інтенсивності тазового болю. Вибір лікувальної тактики було визначено на підставі імуногістохімічних маркерів: рецепторів естрогенів (ER), прогестерона (PGR), індекса проліферації (Ki-67), васкулоендотеліального фактора росту (VEGF), циклооксигенази-2 (COX-2) в еутопічному ендометрії (EE), психоемоційної характеристики та інтенсивності тазового болю. Загалом дотримуючись запропонованих методів лікування у хворих досліджуваних груп визначено суттєве ( $p < 0,05$ ) зрушення ХТБ у бік слабкої вираженості, як у короткотривалій, так і довготривалій перспективах. Через 6 місяці рівень особистісної тривожності зменшувався – на -38,62%, через 12 міс. – на -48,15% ( $p < 0,05$ ). Темпи зниження рівня депресивних порушень за шкалою Гамільтона серед усіх досліджуваних жінок складала: -32,2% через 6 місяців та -42,15% через 12 місяців ( $p < 0,05$ ). Поліпшення психоемоційного і загального стану, нормалізація сну – було визначено у 88,3% жінок. Зменшення реактивної тривожності і депресивних розладів у 84,7% пацієнток, що свідчить про ефективність запропонованої терапії.

**Ключові слова:** доброякісні гормонозалежні захворювання геніталій, хронічний тазовий біль, імуногістохімічні маркери, лікування.

### POSSIBILITIES OF PERSONIFIED TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH PROLIFERATIVE DISEASES OF THE GENITALS AND CHRONIC PELVIC PAIN

**Grek L. P.**

**Abstract.** Etiopathogenetic multifactoriality of hyperproliferative diseases of the genitals, resistance to therapy, especially in combined benign diseases of the uterus and comorbid conditions of extragenital pathology is an topical interdisciplinary problem. The treatment of gynecological patients with chronic pelvic pain syndrome, it is not always possible to achieve a stable therapeutic effect.

**The aim of the study:** to develop, pathogenetically substantiate treatment and rehabilitation measures, taking in to account pathogenetic prerequisites, in women with proliferative diseases of the genitals.

**Materials and Methods.** 120 women with benign hormone-dependent diseases of the genitals and chronic pelvic pain (CPP) were examined. The patients were divided into 3 clinical groups, depending on the presence and intensity of pelvic pain. The choice of treatment tactics was determined on the basis of: estrogen receptors (ER), progesterone (PGR), proliferation index (Ki-67), vasculoendothelial growth factor (VEGF), cyclooxygenase-2 (COX-2) in the eutopic endometrium (EE), psychoemotional characteristics and intensity of pelvic pain. The dynamics of the pain level by VAS in the examined women with CPP, depending on the chosen therapeutic tactic, helped to eliminate the pain syndrome already during the first month of therapy. In the examined women, a significant ( $p < 0.05$ ) shift towards a weak pain level, both in the short-term and long-term prospects was revealed. Three months after the treatment, none of the women experienced severe pain by VAS, however, 77.65% indicated a moderate level of pain syndrome. This index is gradually decreasing and after a year it made up only 16.47%, the remaining 83.53% fall on a low level of pain ( $p < 0.05$ ). This confirms the effectiveness of the chosen treatment approach.

The proposed therapeutic tactics contributed to the regress of pain syndrome in 1, 3 and 6 months, by VAS by 34.61%; 62.84% and 100% respectively. The improvement of the psycho-emotional and general condition, normalization of sleep was noted in 88.3% of women. Reducing reactive anxiety and depressive disorders was determined in 84.7% of patients, testifying to the clinical efficacy of the proposed treatment and maybe recommended for implementation in clinical practice.

**Key words:** benign hormone-dependent diseases of the genitals, chronic pelvic pain, markers of morphogenesis, treatment.

*Рецензент – проф. Тарасенко К. В.  
Стаття надійшла 04.01.2021 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2021-2-160-96-100

УДК 617.55-007.43-089.844-085.849.19

*Дубченко В. С., Кришень В. П.*

### **БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ СЕРЕДИННОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ МЕТОДОМ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ** Дніпропетровська медична академія (м. Дніпро)

Dubchenko12@i.ua

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дослідження є оригінальним, на його основі розроблена оригінальна методика оперативного втручання (повідомлення про завершення формальної експертизи за заявкою на винахід 16.06.2020 року № 13476/3А/20).

**Вступ.** Оперативне втручання часто являється основним методом лікування, особливо, якщо це стосується гриж. Реконструкція передньої черевної стінки у пацієнтів з грижами серединної та нижньої локалізації залишається актуальним питанням на протязі тривалого часу. Найбільш важливим є досягнення максимального результату лікування з використанням найменш інвазивних методик, оскільки, хірургічну техніку потрібно індивідуалізувати відповідно до розміру грижі, анатомічного розташування дефекту, індивідуальних особливостей пацієнта [1]. Аутопластичні методи не завжди є надійним та радикальним методом лікування гриж [2].

Проблема ефективного лікування черевних гриж залишається особливо вагомим, оскільки є розповсюдженою серед працездатного віку пацієнтів. Беззаперечним є високий ризик виникнення рецидивів і ускладнень при застосуванні «відкритих» операцій у лікуванні гриж, що нерідко супроводжуються розвитком хронічного абдомінального болю та злукової хвороби [3]. Класичні техніки оперативного лікування гриж супроводжуються травматизацією м'яких тканин, що призводить до вираженого больового синдрому та втрати працездатності на термін не менш від 4 до 6 тижнів [4]. Ранні післяопераційні

ускладнення часто є причиною смерті пацієнтів, пізні ускладнення часто погіршують якість життя хворих та є причиною значних матеріальних витрат чи не у всіх світових системах медичного забезпечення [5]. Рівень летальності при планових оперативних втручаннях є відносно низьким (близько 0,05%), але даний показник значно зростає за наявності великих рецидивуючих вентральних та імпульсних гриж і досягає 10-20% [6]. Це особливо вірно для пацієнтів старшого віку з супутньою серцево-судинною та легеневою патологією, ожирінням, а також спостерігається при пізній госпіталізації [7, 8, 9]. Не менш важливим є термін перебування пацієнта в стаціонарі, адже період відновлення при виконанні відкритих операцій займає значно більше часу, що вимагає значно більших матеріальних витрат [10].

**Мета дослідження:** аналіз та обґрунтування переваг лапароскопічної герніопластики TAPP методом, його удосконалення, вивчення безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування гриж серединної та нижньої локалізації.

**Об'єкт і методи дослідження.** Робота виконана на базі хірургічного відділення ДЗ «СБЛ №1 МОЗ України» м. Дніпро. Здійснено аналіз результатів оперативного лікування пацієнтів з вентральними, пупковими та післяопераційними грижами двома способами: лапароскопічним трансабдомінальним з преперитонеальним розміщенням сітчастого протезу (TAPP) та відкритим преапоневротичним (SUBLAY).

Загальна кількість пацієнтів становила 405 осіб, серед яких 286 жінок, 119 чоловіків. Супутнім фак-