

Медико-соціальні аспекти у жінок репродуктивного віку із хронічним тазовим болем

С.О. Шурпяк, О.Б. Соломко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета дослідження: вивчення медико-соціальної характеристики жінок репродуктивного віку із хронічним тазовим болем на підставі ретроспективного аналізу.

Матеріали та методи. Проведено аналіз медичної документації 314 пацієнток репродуктивного віку із верифікованим діагнозом хронічного тазового болю (ХТБ) на підставі вивчення історій хвороб та амбулаторних карт. Були проаналізовані дані: антропометричні, вік, індекс маси тіла, стосовно місця проживання, гінекологічної патології, тривалості та характеру менструального циклу, супутньої патології, попереднього лікування, тривалості захворювання, інтенсивності болю, шкідливих звичок, кількості вагітностей та пологів, репродуктивних планів та інших методів обстеження.

Результати. Виявлено, що більше третини жінок, які лікувалися з приводу патологій, що спричиняють ХТБ, повторно звертаються по допомогу. Вперше звернулися по допомогу з приводу ХТБ 58% пацієнток, 42% вже отримували лікування ХТБ. У таких хворих частіше спостерігається супутня негінекологічна патологія (48,7%).

Найбільш часто діагностували інтерстиціальний цистит (42%) та синдром подразненого кишечника (34%). Поєднання гінекологічної, урологічної та хірургічної патології відзначено у 22% пацієнток. У хворих із ХТБ виявлено дефіцит вітаміну D (68% серед 162 пацієнток, яким визначали його рівень) та відзначено суб'єктивно більш виражені больові відчуття. При цьому привертало на себе увагу відсутність рутинного обстеження функції щитоподібної залози та на вітамін D-статус. У той самий час у жінок, які страждають на ХТБ, значно частіше, ніж у популяції, спостерігається безпліддя (56,4%), а частота невиношування вагітності у два рази вища, ніж популяційна, з тенденцією до звичного невиношування.

Заключення. У жінок з хронічним тазовим болем частіше спостерігається супутня негінекологічна патологія, безпліддя, невиношування вагітності, дефіцит вітаміну D та суб'єктивно більш виражені больові відчуття. Однак рівень діагностування патології щитоподібної залози та визначення концентрації вітаміну D у таких пацієнток є недостатнім.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, синдром хронічного тазового болю, безпліддя, вітамін D, невиношування вагітності.

Medical and social aspects in women of reproductive age with chronic pelvic pain

S.O. Shurpyak, O.B. Solomko

The objective: a study of the medical and social characteristics of women in reproductive age with chronic pelvic pain on the basis of retrospective analysis.

Materials and methods. The analysis of medical documentation of 314 patients in reproductive age with a verified diagnosis of chronic pelvic pain (CPP) was performed on the basis of studying of case histories and outpatient cards. Data were analyzed: anthropometric data, age, body mass index, place of residence, gynecological pathology, duration and nature of the menstrual cycle, comorbidities, previous treatment, disease duration, pain intensity, bad habits, number of pregnancies and births, reproductive plans and other methods examination.

Results. It was found that more than a third of women, who were treated for pathologies that cause CPP, need medical help again. 58% of patients sought help for CPP for the first time, 42% had already received treatment for CPP. Concomitant non-gynecological pathology is more often observed in such patients (48.7%).

The most commonly diagnosed were interstitial cystitis (42%) and irritable bowel syndrome (34%). The combination of gynecological, urological and surgical pathology was found in 22% of patients. Patients with CPP had deficiency in vitamin D (68% of the 162 patients tested for vitamin D) and had subjectively more severe pain. At the same time, the lack of routine examination of thyroid function and vitamin D status attracted attention. Simultaneously, women with CPP are much more likely than the general population to have infertility (56.4%), and the incidence of miscarriage is twice as high as the population, with a tendency to recurrent pregnancy loss.

Conclusions. Concomitant non-gynecological pathology, infertility, miscarriage, vitamin D deficiency and subjectively more severe pain are more common in women with chronic pelvic pain. However, the level of diagnosing thyroid pathology and determining the concentration of vitamin D in such patients is insufficient.

Keywords: chronic pelvic pain, chronic pelvic pain syndrome, infertility, vitamin D, miscarriage.

Медико-социальные аспекты у женщин репродуктивного возраста с хронической тазовой болью

С.А. Шурпяк, О.Б. Соломко

Цель исследования: изучение медико-социальной характеристики женщин репродуктивного возраста с хронической тазовой болью на основе ретроспективного анализа.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 314 пациенток репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом хронической тазовой боли (ХТБ) на основе изучения историй болезней и амбу-

латорних карт. Были проанализированы данные: антропометрические, возраст, индекс массы тела, касающиеся места проживания, гинекологической патологии, длительности и характера менструального цикла, сопутствующей патологии, предшествующего лечения, длительности заболевания, интенсивности боли, вредных привычек, количества беременностей и родов, репродуктивных планов, и других методов обследования.

Результаты. Выявлено, что более трети женщин, лечившихся по поводу патологий, вызывающих ХТБ, повторно обращаются за помощью. Впервые обратились за помощью по поводу ХТБ 58% пациенток, 42% уже получили лечение ХТБ. У таких больных чаще наблюдается сопутствующая негинекологическая патология (48,7%).

Наиболее часто диагностировали интерстициальный цистит (42%) и синдром раздраженного кишечника (34%). Сочетание гинекологической, урологической и хирургической патологии отмечено у 22% пациенток. У больных с ХТБ выявлен дефицит витамина D (68% среди 162 пациенток, которым определяли его уровень) и отмечено субъективно более выраженные болевые ощущения. При этом обращало на себя внимание отсутствие рутинного обследования функции щитовидной железы и на витамин D-статус. В то же время у женщин, страдающих от ХТБ, значительно чаще, чем в популяции, наблюдается бесплодие (56,4%), а частота невынашивания беременности в два раза выше, чем популяционная, с тенденцией к привычному невынашиванию.

Заключение. У женщин с хронической тазовой болью чаще наблюдается сопутствующая негинекологическая патология, бесплодие, невынашивание беременности, дефицит витамина D и субъективно более выраженные болевые ощущения. Однако уровень диагностирования патологии щитовидной железы и определения концентрации витамина D у таких пациенток является недостаточным.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, синдром хронической тазовой боли, бесплодие, витамин D, невынашивание беременности.

Хронічний тазовий біль (ХТБ) у структурі первинних скарг жінок з гінекологічними захворюваннями посідає одне з основних місць, оскільки багато пацієнток звертаються у першу чергу до гінекологів. За даними літератури, проблема ХТБ зачіпає приблизно 15% жінок у США та становить до 20% причин відвідувань гінекологічних кабінетів, 15% гістеректомій та 40% гінекологічних діагностичних лапароскопій [1]. Проте навіть після проведеного лікування, як консервативного, так і оперативного, пацієнтки повертаються зі стійким болем через короткий час. Одна з основних причин полягає у тому, що ХТБ часто пов'язаний з декількома системами органів. У той самий час, оскільки органи малого таза тісно пов'язані між собою, часто мають загальні аферентну та еферентну іннервацію, кровообіг, м'язово-зв'язковий апарат, ураження одного органа залучає у патологічний процес інші.

Зазвичай жінки з ХТБ звертаються по допомогу лише тоді, коли біль стає настільки сильним, що негативно впливає на нормальне щоденне функціонування жінки, не даючи їй вести звичайний спосіб життя. Втрата щоденного нормального функціонування через тазовий біль спричинює психосоціальні стреси, включаючи відчуття безнадійності, втрату інтересу до сексуальної близькості та відчуття відчаю, депресії тощо [2,3].

На сьогодні не існує стандартизованого визначення ХТБ, проте більшість міжнародних асоціацій та спеціалістів з вивчення ХТБ сходяться в думці, що це будь-який тазовий біль, що триває більше ніж 6 міс і виникає у тазі або нижній частині живота. При цьому неповне розуміння етіопатогенетичних моментів розвитку даного стану призводить до неадекватної або несвоечасної діагностики та лікування пацієнток. Це пролонгує больовий синдром та у кожному другому випадку призводить до формування ускладнень – синдрому хронічного тазового болю (СХТБ), що характеризується виснаженням адаптаційних механізмів організму, розвитком виражених психоемоційних розладів, погіршенням якості життя та резистентністю до лікування [4].

Для діагностики та розуміння проблеми низкою авторів були розроблені критерії для верифікації СХТБ:

- біль тривалістю 6 міс і більше;
- біль, непропорційний патології (біль сильніший, ніж можна було очікувати від травми / операції / стану, який первинно його спричинив);
- неповне полегшення при лікуванні (звичайні методи лікування не зменшили відчуття болю або дали лише невелике полегшення);
- зменшення фізичної активності (зміни у фізичній активності вдома або на роботі, наприклад, припинення бігу або гри у теніс, припинення праці);
- ознаки депресії (наприклад, раннє пробудження, що не спричинене болем, зміна маси тіла);
- зміни у тому, як людина ставиться до своїх звичних соціальних ролей як партнера, службовця тощо, суттєво змінені емоційні ролі у сім'ї або ідентифікація хвороби пацієнта як найважливішої проблеми, з якою стикається сім'я [5, 6, 7].

Мета дослідження: вивчення медико-соціальної характеристики жінок репродуктивного віку із хронічним тазовим болем на підставі ретроспективного аналізу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Виконано аналіз медичної документації 314 пацієнток репродуктивного віку із верифікованим діагнозом ХТБ на підставі вивчення даних історій хвороб та амбулаторних карт. Дослідження проведено за період з 2013 р. до 2018 р. на базі КНП КЛШМД м. Львова та КНП ЛОР «Львівський обласний центр репродуктивного здоров'я населення».

У спеціально розроблену анкету вносили антропометричні дані, вік, ІМТ, місце проживання, дані стосовно гінекологічної патології, тривалості та характеру менструального циклу, супутньої патології, попереднього лікування, тривалості захворювання, інтенсивності болю, шкідливих звичок, кількості вагітностей та пологів, репродуктивних планів та результати інших методів обстеження.

Статистичне оброблення даних проводили за допомогою Microsoft Excel та StatSoft Statistica.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідження включали пацієнок віком від 19 до 44 років. Середній вік становив 33 роки, при цьому найбільш часто ХТБ діагностували у пацієнок віком 25–30 років – 151 (48%) жінка та 31+ років – 116 (37%) жінок.

Нормальний індекс маси тіла (18,5–24,9 кг/м²) спостерігався у 202 (64,3%) жінок, недостатня маса тіла (менше 18,5 кг/м²) – у 6 (1,9%), надмірна маса тіла (25–29,9 кг/м²) – у 105 (33,5%), а ожиріння I ст. (30–34,9 кг/м²) – в 1 (0,3%) жінки. Шкідливі звички були відсутні у 216 (68,8%) жінок. Тютюнопаління фіксували у 64 (20,4%) жінок із ХТБ, зловживання алкоголем – у 18 (5,7%) жінок, а поєднання паління тютюну з алкоголем – у 16 (5,1%) жінок.

Під час аналізу характеристик менструального циклу нормальну тривалість менструального циклу (21–35 днів) виявлено у 207 (65,9%), менше 21 дня – у 10 (3,2%), більше 35 днів – у 13 (4,1%) жінок. Нерегулярні менструації відзначали у 74 (23,6%) пацієнок, вторинну аменорею – у 10 (3,2%). Нормальний характер кровотечі під час менструацій спостерігався лише у 73 (23,2%) пацієнок із ХТБ. При цьому дисменорею виявляли у 84 (26,8%) пацієнок, дисменорею у поєднанні з метрорагією – у 43 (13,7%), з менометрорагіями – у 37 (11,8%), менорагією – у 44 (14%), аменорею – у 10 (3,2%), олігоменорею – у 13 (4,1%), поліменорею – у 10 (3,2%) пацієнок із ХТБ.

Окрім цього, була виявлена кореляція між тривалістю ХТБ та наявністю розладів менструального циклу. Так, із 84 пацієнок з дисменореєю 62 не відзначали даних симптомів за 6 міс до виникнення перших проявів ХТБ, а серед пацієнок з менометрорагіями та менорагіями 60% не відзначали цих скарг за пів року до появи больового синдрому.

Усі пацієнтки, дані яких проаналізовано, були репродуктивного віку. Серед них безпліддя спостерігалось у 177 (56,4%), що співвідноситься з даними світових досліджень, оскільки тривалі негативні емоції, психічне напруження та хронічний стрес при

СХТБ є найчастішими патогенетичними чинниками порушення центральних механізмів регуляції і, як наслідок, фазової неузгодженості у репродуктивній системі жінок. Це призводить до порушення оваріоменструального циклу та безплідності [8]. Середня тривалість безпліддя становила 3,4 року. При цьому вагітності в анамнезі спостерігались у 193 (61,5%) із 314 жінок із ХТБ. Серед них викидні відбулись у 131 (67,9%) пацієнтки.

Так, одна вагітність спостерігалась у 38 (19,7%) пацієнок, з них один викидень був у 16 жінок. Дві вагітності спостерігали у 65 (33,7%), з них один викидень мали 5 жінок, два викидні – 35 жінок. Три вагітності – у 52 (26,9%) жінок, з них один викидень мали 18 жінок, два викидні – 8, три – 15. Чотири вагітності – у 21 (10,9%) жінки, з них один викидень мали 5 жінок, два викидні – 5, три викидні – 2, чотири викидні – 5. П'ять вагітностей – у 13 (6,7%) жінок. Із них один викидень мала 1 жінка, два викидні – 4, три викидні – 4, чотири викидні – 3, п'ять викиднів – 1 жінка. Шість вагітностей було у 4 (2,1%) жінок. Із них два викидні мала 1 жінка, 4 викидні – 1, п'ять викиднів – 1, шість викиднів – 1. Це, у свою чергу, свідчить про негативний вплив ХТБ не тільки на процес настання вагітності, а й на можливість виношування вагітності.

За даними аналізу проведених обстежень, у пацієнок була діагностована така гінекологічна патологія, яка виступала у ролі основного діагнозу:

- ендометріоз – 111 (35,3%) жінок,
- міоми матки – 69 (22%),
- хронічний сальпінгофорит – 54 (17,2%),
- хронічний ендометрит – 55 (17,5%),
- опущення тазових органів – 25 (8%).

Також у 156 (49,7%) пацієнок із ХТБ виявляли супутню гінекологічну патологію, яка переважно була представлена різноманітними порушеннями мікробіоценозу піхви та гіперпластичними процесами матки та придатків. Інфекції, що передаються статевим шляхом, в анамнезі спостерігались у 67 (21,3%) жінок. Дані стосовно функції щитоподібної залози були наявні у 148 пацієнок, серед яких нормальний

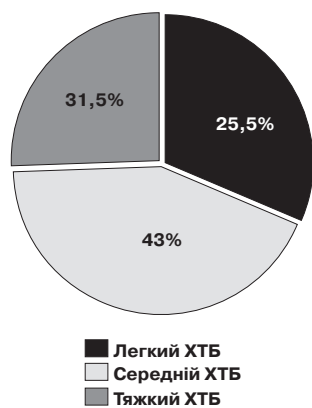


Рис. 1. Суб'єктивна оцінка вираженості больового синдрому у жінок із ХТБ, %

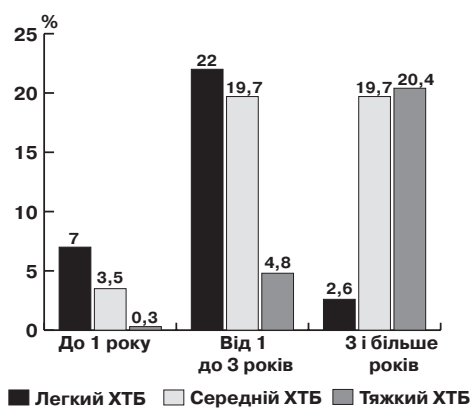


Рис. 2. Залежність вираженості больового синдрому від тривалості у жінок із ХТБ, %

еутиреоїдний статус спостерігався у 82 (55,4%) жінок із ХТБ. Гіпотиреоз – у 61 (41,3%) жінки, гіпертиреоз – у 5 (3,3%) жінок.

Соматична супутня патологія була виявлена у 153 (48,7%) жінок. Найбільш часто діагностували інтерстеціальний цистит – у 64 (42%) пацієнток та синдром подразненого кишечника – у 52 (34%). При цьому поєднання гінекологічної, урологічної та хірургічної патології спостерігалось у 34 (22%) пацієнток. Це пояснюється тісним взаємозв'язком між органами малого таза, а саме – загальними аферентною та еферентною іннервацією, кровообігом, будовою м'язово-зв'язкового апарату, що часто спричинює залучення у патологічний процес інших органів [7,9]. Усе це робить ХТБ діагнозом «виключення», який потребує залучення багатопрофільної команди для верифікації діагнозу та проведення комплексного лікування.

Середня тривалість ХТБ становила 4,5 року. При цьому менше року хворіли тільки 34 (11%) жінки, від 1 до 3 років – 126 (40%) жінок, від 3 і більше років – 154 (49%) жінки. З цього можна зробити висновок, що зазвичай жінки з ХТБ звертаються по допомогу лише тоді, коли біль стає настільки сильним, що негативно впливає на нормальне щоденне функціонування жінки, не даючи їй вести звичайний спосіб життя. Так, 182 (58%) жінки вперше звернулися по допомогу з приводу ХТБ, а 132 (42%) – вже лікувались з приводу ХТБ. Це може бути зумовлено недооцінюванням проблеми та недостатньою увагою до даної патології, що своєю чергою призводить до пізньої верифікації діагнозу та недостатньої ефективності медикаментозної терапії.

Під час оцінювання тяжкості больового синдрому легкий ступінь спостерігався у 99 (31,5%) пацієнток, середній ступінь – у 135 (43%), тяжкий ступінь – у 80 (25,5%) (рис. 1).

При цьому аналіз залежності враженості больового синдрому від тривалості захворювання продемонстрував взаємозв'язок між цими параметрами (рис. 2).

Так, у групі з легким ступенем болю менше року хворіли 22 пацієнтки (7% від усіх пацієнток із ХТБ), від 1 року до 3 років – 69 (22% від усіх), від 3 років і більше – 8 (2,6% від усіх). У свою чергу, у групі з середнім ступенем болю менше року хворіли 11 (3,5%) пацієнток, від 1 до 3 років – 62 (19,7%), від 3 років і більше – 62 (19,7%). А у групі з тяжким ступенем болю менше року хворіла лише 1 (0,3%) пацієнтка, від 1 року до 3 років – 15 (4,8%), від 3 років і більше – 64 (20,4% від усіх).

Ця залежність може бути пояснена тим, що відчуття болю протягом тривалого періоду може змінити те, як мозок сприймає та обробляє сигнали болю, що призводить до його посилення. Хронічний біль часто впливає як на периферійну, так і на центральну нервову систему (ЦНС), що модулює больову пам'ять, локальну відповідь тканини, а також аномальне оброблення больового сигналу.

Останні дані підтверджують роль центральної сенсibilізації у збереженні та посиленні синдрому хронічного болю. У результаті патологічні змі-

ни, які виникають, включають реакцію центральної нервової системи на шкідливі подразники, активацію певних частин мозку, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозну вісь та вегетативну нервову систему, що посилює психологічний дистрес. Центральна сенсibilізація пояснює, чому пацієнтки з ХТБ відчувають біль у відповідь на невольові подразники (алодинія) і підвищену реакцію на больові подразники (гіпералгезія).

Аномальне центральне оброблення сенсорної інформації пояснює, чому біль при ендометріозі може зберігатися, незважаючи на ефективне лікування. Тому аномальна больова реакція ЦНС може призвести до зменшення процесів гальмування болю та/або активації процесів інтенсифікації болю, тим самим посилюючи первинне периферійне ураження. Ця динамічна больова мережа сприйнятлива до розладів настрою, стресу та фізичних, емоційних і сексуальних травм, які можуть зумовлювати розвиток та підтримання хронічного болю [10,11,12].

Ще одним з важливих аспектів, який привернув до себе увагу у ході проведення аналізу, був рівень вітаміну D у пацієнток, які страждали від ХТБ. При цьому аналіз даних засвідчив відсутність рутинного визначення вітаміну D-статусу організму серед даної категорії пацієнток. Так, лише у 162 (51,5%) пацієнток із 314 був визначений рівень вітаміну D. У ході аналізу D-статусу були використані рекомендації міжнародних експертів, за якими за норму брали рівень 25(OH) D у сироватці крові ≥ 30 нг/мл, дефіцит – 10–29,9 нг/мл, тяжкий дефіцит – < 10 нг/мл. При цьому нормальний рівень вітаміну D спостерігався у 52 (32%) пацієнток із ХТБ, дефіцит вітаміну D – у 82 (51%), тяжкий дефіцит – у 28 (17%).

Оскільки за останніми даними вітамін D відіграє важливу роль у коректному функціонуванні всіх систем в організмі людини, достатній рівень циркулюючого вітаміну D необхідний для засвоєння важливих вітамінів і мінералів, зокрема кальцію. На сьогодні доведено, що вітамін D чинить протизапальну дію, модулює ріст клітин та впливає на імунну та нервово-м'язову системи. Вітамін D діє як нейроактивний стероїд, впливає на дію простагландинів, механізми запальних реакцій та інгібує синтазу оксиду азоту та Т-хелперів.

Є дані, що рівень вітаміну D часто нижчий у тих, хто страждає на ХТБ [13]. Частково це можна пояснити тим, що оксидантний стрес є компонентом запальної реакції, пов'язаної з больовими процесами. Це, по суті, є дисбалансом між реактивними формами кисню (РФК) та антиоксидантами, зумовлюючи запальну реакцію, та може виникнути через недостатній антиоксидантний захист або надлишок вироблення РФК.

РФК своєю чергою пов'язані з ХТБ і відіграють важливу роль у регуляції генів, що експресують імунорегулятори, цитокіни та інші молекули. Для прикладу, вітамін D регулює рівень прозапальних цитокінів. Кальцитріол також стимулює експресію генів антиоксидантів. Часто симптоми тазового болю можуть бути зумовлені недостатньою кількістю сироваткового ві-

таміну D. Окрім цього, на сьогодні описаний зв'язок низького рівня вітаміну D з розвитком і тяжкістю перебігу генітального ендометріозу та інтенсивністю болювого синдрому [14–20].

Під час аналізу залежності дефіциту вітаміну D та ступеня тяжкості ХТБ виявлено кореляцію між концентрацією вітаміну D та тяжкістю болювого синдрому. Так, при легкому ступені ХТБ нормальний рівень вітаміну D спостерігався у 24 пацієток (15% від усіх пацієток із визначеним D-статусом та ХТБ), дефіцит – у 24 (15%), тяжкий дефіцит – у 2 (1,2%). При цьому у пацієток із середнім ступенем ХТБ норма вітаміну D була виявлена у 24 (15%) жінок, дефіцит – у 41 (25%), тяжкий дефіцит – у 4 (2,4%). У той самий час у пацієток з тяжким перебігом ХТБ нормальний рівень вітаміну D був виявлений лише у 3 (2%) пацієток, дефіцит – у 14 (8,6%), а тяжкий дефіцит – у 24 (15%) (рис. 3). Це у свою чергу співвідноситься зі світовими даними.

При цьому серед жінок з безпліддям рівень вітаміну D у нормі був у 24,3% пацієток, дефіцит спостерігався у 57,6%, а тяжкий дефіцит – у 18,1%. З цього можна припустити, що низький рівень вітаміну D при ХТБ тісно пов'язаний із безпліддям. Це співвідноситься з даними світових досліджень, згідно з якими більш ніж 40% жінок репродуктивного віку мають дефіцит вітаміну D, що асоціюється з підвищеним ризиком аномальної імплантації вагітності, а також акушерськими ускладненнями, такими, як преєклампсія та затримка росту плода.

В останніх мета-аналізах було виявлено, що позитивний тест на вагітність та живонародження дитини частіше спостерігаються у жінок із нормальним рівнем вітаміну D порівняно з жінками з його дефіцитом або недостатнім рівнем. Також встановлено, що клінічна вагітність є більш ймовірною у жінок із нормальною кількістю вітаміну D в організмі [21,22].

Ще один важливий момент, який був проаналізований, – це психоемоційний стан пацієнтів. При цьому тривожно-депресивні розлади спостерігались у 100 (32%) жінок. Це свідчить про те, що фактично кожна 3-я жінка із тазовим болем має ознаки СХТБ. Оскільки хронічний біль часто негативно впливає на настрій, сон, активність та інші аспекти якості життя, у жінок з ХТБ частіше спостерігаються пригнічений настрій, підвищена дратівливість, порушення сну, почуття тривожності і страху. За даними літератури, невротичні тривожно-депресивні розлади є дуже частими проявами болю. Також коморбідні психологічні стани можуть посилювати саме сприйняття болю [2,6,10,11,23]. Так, за даними літератури, депресії при хронічному болю у цілому спостерігаються у 50–60% пацієток, а при ХТБ – у 58% [23].

Під час оцінювання наявності тривожно-депресивних розладів у пацієток залежно від ступеня вираженості болювого синдрому їх виявлено: у 0 пацієток з 99 з легким ступенем ХТБ; у 29 (21,5%) пацієток із 135 із середнім ступенем ХТБ (або 9,3% від усіх жінок із ХТБ); у 71 (88,7%) пацієтки із 80 з тяжким ступенем ХТБ (або 22,7% від усіх жінок із ХТБ). Відповідно 29% жінок із тривожно-депресивними розладами

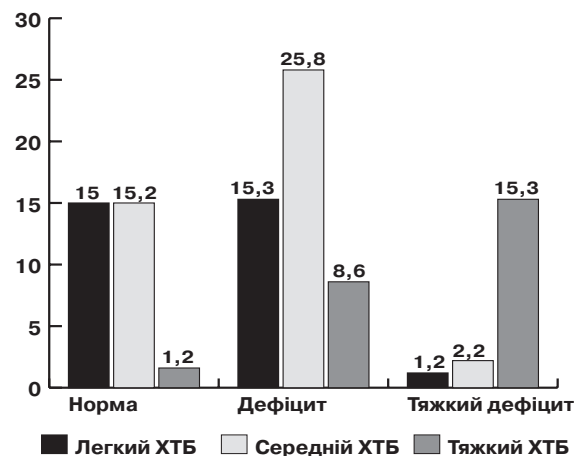


Рис. 3. Залежність дефіциту вітаміну D від ступеня вираженості ХТБ у жінок із ХТБ, %

мають ХТБ середньої тяжкості і 71% – тяжкий перебіг ХТБ. Це дозволяє припустити існування прямої залежності між ступенем вираженості ХТБ та наявністю тривожно-депресивних розладів.

Також було проаналізовано залежність між рівнем вітаміну D та наявністю тривожно-депресивних розладів у пацієток із ХТБ, оскільки за даними деяких мета-аналізів низька концентрація вітаміну D пов'язана з розвитком депресії [24]. Виявлено, що тривожно-депресивні розлади спостерігались у 10 (10,1%) із 99 жінок із ХТБ та нормальним рівнем вітаміну D, у 47 (30,1%) із 156 жінок із ХТБ та дефіцитом вітаміну D, у 43 (72,9%) із 59 жінок із ХТБ і тяжким дефіцитом вітаміну D. Відповідно 10% жінок із тривожно-депресивними розладами та ХТБ мають нормальний рівень вітаміну D, 47% – його дефіцит і 43% – тяжкий дефіцит вітаміну D. Усе це співвідноситься із даними іноземних авторів [24].

ВИСНОВКИ

1. Рівень визначення вітаміну D-статусу та функції щитоподібної залози у жінок, що страждають на хронічний тазовий біль (ХТБ), є недостатнім.
2. У жінок, які страждають на ХТБ, значно частіше, ніж у популяції, спостерігається безпліддя. Частота невиношування вагітності у два рази вища, ніж популяційна, з тенденцією до звичного невиношування.
3. У жінок, які довгий період часу страждають на ХТБ, частіше спостерігається супутня негінекологічна патологія, дефіцит вітаміну D та суб'єктивно більш виражені болюві відчуття.
4. Більше третини жінок, що лікувались з приводу патологій, які спричиняють ХТБ, повторно звертаються по допомогу. Це свідчить про те, що за відсутності персоналізованого комплексного підходу до лікування спостерігається його недостатня ефективність.
5. Неадекватне або несвоєчасне лікування хворих та пізня верифікація діагнозу пролонгує болювий перебіг і призводить до ускладнень та формування синдрому хронічного тазового болю.

Відомості про авторів

Шурпяк Сергій Олександрович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; тел.: (097) 051-42-21. *E-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com*

ORCID: 0000-0002-5445-6375

Соломко Олег Богданович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; тел.: (093) 535-69-05. *E-mail: solo.oleg1987@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5277-6853

Information about the authors

Shurpyak Serhiy O. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 79010, Lviv, Pekarska str., 69; tel.: (097) 051-42-21. *E-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com*

ORCID: 0000-0002-5445-6375

Solomko Oleg B. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 79010, Lviv, Pekarska str., 69; tel.: (093) 535-69-05. *E-mail: solo.oleg1987@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5277-6853

Сведения об авторе

Шурпяк Сергей Александрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (097) 051-42-21. *E-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com*

ORCID: 0000-0002-5445-6375

Соломко Олег Богданович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (093) 535-69-05. *E-mail: solo.oleg1987@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5277-6853

ПОСИЛАННЯ

- Till SR, Wahl HN, As-Sanie S. The role of nonpharmacologic therapies in management of chronic pelvic pain: what to do when surgery fails. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2017;29(4):231–39.
- Gasiewicz N, Romero M. Chronic pelvic pain. In: Schuiling KD, Likis FE. *Women's Gynecologic Health, Third Edition.* Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company; 2017, p.711-70.
- Rapkin AJ, Nathan L. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Berek J, editors. *Berek and Novak's gynecology.* 15th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2012; p. 470–504.
- Dubossarska ZM, Hrek LP. Chronic pelvic pain syndrome in gynecological patients, treatment and diagnostic aspects and rehabilitation. *Medical prospects.* 2012;17(3):77-82.
- Zhuk SI, Hordiichuk OA. Interdisciplinary approach to the management of chronic pelvic pain in women. *Woman's health.* 2018;6(132):87-91.
- Howard F, Yamamoto M. Chronic pelvic pain. In: Bieber E, Sanfilippo J, Horowitz I, Shafi M, editors. *Clinical Gynecology.* Cambridge: Cambridge University Press; 2015, p. 51-74.
- Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. No. 164-Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynecol Can.* 2018 Nov;40(11):747-87.
- Zhuk SI, Nochvina OA, Kaminskyi AV. Chronic pelvic pain syndrome in the genesis of stress-induced infertility in women of reproductive age. *Reproductive endocrinology.* 2015;6(26):12-7.
- Orazov MR, Bikmaeva YR, Novginov DS, Babaei EI, Aryutin DN. Modern concept of pathogenesis of chronic pelvic pain syndrome induced by adenomyosis. *Bulletin of the RUDN University. Series: Medicine.* 2016; 2:127-32.
- Carey ET, Till SR, As-Sanie S. *Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women.* Drugs. 2017;77(3):285-301.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins–Gynecology. *Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218.* *Obstet Gynecol.* 2020;135(3):98-109.
- RCOG. *Scientific Impact Paper No. 46: Therapies Targeting the Nervous System for Chronic Pelvic Pain Relief.* *Obstet Gynecol.* 2015;17:216.
- Martin KR, Reid DM. Is there role for vitamin D in the treatment of chronic pain? *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2017;9(6):131-5.
- Choi JS, Kim HY. Nutritional Treatment: New Strategy for Management of Chronic Pelvic Pain. *Kosin Med J.* 2013 Jun;28(1):7-12.
- Denisova AS, Yarmolinskaya MI. The role of vitamin D in the pathogenesis of genital endometriosis. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* 2017;66(6):81-8.
- Santanam N, Kavtaradze N, Murphy A, Dominguez C, Parthasarathy S. Antioxidant supplementation reduces endometriosis-related pelvic pain in humans. *Transl Res.* 2013;161(3):189-95.
- Orazov MR, Radzinskij VE, Khamoshina MB, Barsegyan LK, Marapov DI, Simenel ES, Belov DA, Nizhnik AN. Vitamin D concentration in women with pelvic pain due to ovarian endometriosis. *Obstetrics and Gynecology of St. Petersburg.* 2017;(4):57-61.
- Barsegyan LK, Orazov MR, Dukhin AO, Aryutin DG, Tokaeva ES. Ergocalciferol and pelvic pain associated with ovarian endometriosis. *Research'n Practical Medicine Journal.* 2018;5(1):19.
- Dobrohotova YE, Kalimatova DM. The effect of vitamin D on endometriosis. *Pharmateca.* 2018;6(359): 84–8.
- Qiu Y, Yuan S, Wang H. Vitamin D status in endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2020 Jul;302(1):141-52.
- Chu J, Gallos I, Tobias A, Tan B, Eapen A, Coomarasamy A. Vitamin D and assisted reproductive treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2018 Jan 1;33(1):65-80.
- Iliuta F, Pijoan JI, Lainz L, Exposito A, Matorras R. Women's vitamin D levels and IVF results: a systematic review of the literature and meta-analysis, considering three categories of vitamin status (replete, insufficient and deficient). *Hum Fertil (Camb).* 2020 Aug;14:1-19.
- Odaruschenko OI. A Application of biofeedback in psychological rehabilitation of women with chronic pelvic pain. *Arbat readings. Collection of scientific papers of the scientific and practical conference.* 2020;1:78-83.
- Anglin RE, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2013 Feb;202:100-7.

Стаття надійшла до редакції 03.06.2021. – Дата першого рішення 09.06.2021. – Стаття подана до друку 26.07.2021