

# Ефективність запропонованої комплексної етапної персоніфікованої терапії у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом

М.Б. Запорожченко, А.В. Сидоренко

Одеський національний медичний університет

Поєднану патологію матки діагностують у 87% випадків. Ендометріоз у жінок репродуктивного віку становить 12–50% випадків. Комплексний підхід до призначення персоніфікованих лікувальних заходів шляхом застосування гормональних препаратів та препаратів, дія яких спрямована на нормалізацію метаболічних процесів (вітаміни, макро-, мікроелементи), може сприяти досягненню позитивних результатів. **Мета дослідження:** вивчення ефективності запропонованої комплексної етапної персоніфікованої консервативної терапії у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом.

**Матеріали та методи.** Проведено порівняння результатів обстеження груп жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом, які отримували традиційну (60 хворих) та запропоновану комплексну етапну персоніфіковану (60 хворих) терапію, через 1 рік після лікування.

**Результати.** Запропонована комплексна етапна персоніфікована терапія за частотою клінічних симптомів була достовірно ефективнішою за результатами лікування через 1 рік, ніж стандартна терапія, у 3,0 разу, або на 28,1% ( $p < 0,001$ ); за частотою порушень менструальної функції, екстрагенітальної і генітальної патології – у 2,4 разу, або на 44,7% ( $p < 0,001$ ); за даними лабораторного дослідження – у 4,5 разу, або на 60,3% ( $p < 0,001$ ); за даними інструментального обстеження – у 3,3 разу, або на 36,2% ( $p < 0,001$ ).

**Заключення.** Запропонована комплексна етапна персоніфікована терапія за частотою клінічних проявів поєднаної патології матки (лейоміоми та аденоміозу), екстрагенітальної і генітальної патології, даними лабораторного дослідження та інструментального обстеження була достовірно ефективнішою ( $p < 0,001$ ) за результатами лікування через 1 рік, ніж стандартна терапія, у середньому у 3,3 разу, або на 42,3%.

**Ключові слова:** комплексна етапна персоніфікована консервативна терапія, поєднана патологія матки, лейоміома, аденоміоз.

Поєднана патологія матки – лейоміома та аденоміоз – на сьогодні є однією із актуальних проблем серед гінекологічної патології [4].

Частота зустрічальності поєднаної патології матки становить понад 80% (87,0%) випадків [2]. Ендометріоз діагностують у 12–50% випадків переважно у жінок репродуктивного віку [1].

Лікування лейоміоми та аденоміозу у жінок репродуктивного віку представляє певну проблему у практичній медицині і залежить від локалізації процесу та ступеня тяжкості клінічної картини, вираженості симптомів, віку пацієнтки, репродуктивних планів тощо [5].

Терапія лейоміоми матки включає консервативні, хірургічні, поєднані методи лікування [3].

Лікування аденоміозу полягає у зменшенні менструальної крововтрати, больового синдрому шляхом застосування агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону (а-ГнРГ), комбінованих оральних контрацептивів, інгібіторів простагландинсинтези [7].

Основними завданнями медикаментозної терапії на етапах до та після операції є подолання больового синдрому та кровотеч, збереження якості життя жінки та реалізація її репродуктивної функції [6].

Беручи до уваги той факт, що лейоміома і ендометріоз є гормонозалежними захворюваннями, основою консервативної терапії є гормональні препарати.

Хворі на аденоміоз потребують застосування анальгетиків, спазмолітиків для усунення вираженого больового синдрому, протизапальних засобів, антианемічної терапії, вітамінів, імуномодуляторів, гепатопротекторів [5, 6].

Поєднана патологія – лейоміома матки та аденоміоз – своєю складністю патогенетичних механізмів перебігу захворювань, тяжкістю клінічної симптоматики пояснює постійний пошук науковцями шляхів вдосконалення методів терапії [1, 3, 5].

Комплексний підхід до визначення персоніфікованих лікувальних заходів шляхом застосування гормональних препаратів та препаратів, дія яких спрямована на нормалізацію метаболічних процесів (вітаміни, макро-, мікроелементи), може сприяти досягненню позитивних результатів.

**Мета дослідження:** вивчення ефективності запропонованої комплексної етапної персоніфікованої консервативної терапії у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено порівняння результатів обстеження груп жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки (лейоміомою та аденоміозом), які отримували традиційну терапію (60 хворих) і запропоновану комплексну етапну персоніфіковану терапію (60 хворих), через 12 міс після основного курсу лікування. Порівняння результатів проводили за показниками частоти клінічних проявів поєднаної патології матки – лейоміоми та аденоміозу, порушень менструальної функції, екстрагенітальної та генітальної патології, даними лабораторного дослідження, інструментального обстеження. Лікувальні заходи проводили згідно з нині діючими наказами МОЗ України.

Запропоновану комплексну етапну персоніфіковану терапію проводили згідно з наказами МОЗ України та розробленими алгоритмами:

1. Алгоритмом профілактики поєднаної патології матки – лейоміоми та аденоміозу – у жінок репродуктивного віку.
2. Алгоритмом диференціальної діагностики клінічного перебігу поєднаної патології матки – лейоміоми та аденоміозу – у жінок репродуктивного віку.

Порівняльна характеристика ефективності проведеної терапії за клінічними симптомами

| Показник                              | Усього, n=120            |      |                             |       |
|---------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------|-------|
|                                       | Традиційна терапія, n=60 |      | Запропонована терапія, n=60 |       |
|                                       | Абс. число               | %    | Абс. число                  | %     |
| Екзоцервіцит з ерозією ШМ (N72)       | 20                       | 33,3 | 6                           | 10,0* |
| Вагініт (N76.1)                       | 30                       | 50,0 | 5                           | 8,3*  |
| Бактеріальний вагіноз                 | 27                       | 45,0 | 7                           | 11,7* |
| Сальпінгофорит (N70.1)                | 15                       | 25,0 | 5                           | 8,3*  |
| Вторинна постгеморагічна анемія (D62) | 21                       | 35,0 | 5                           | 8,3*  |
| Гіперполіменорея (N92–N92.2), n=45    | 24                       | 53,3 | 16                          | 35,6* |
| Дискомфорт унизу живота               | 30                       | 50,0 | 7                           | 11,7* |
| Тазовий біль, тяжкість унизу живота   | 23                       | 38,3 | 9                           | 15,0* |
| Радикулалгічний синдром               | 28                       | 46,7 | 8                           | 13,3* |
| Часте сечовипускання                  | 29                       | 48,3 | 13                          | 21,7* |

Примітка. \* – Статистично вірогідний результат щодо традиційної терапії (p<0,05).

Таблиця 2

Порівняльна характеристика ефективності проведеної терапії за даними порушень менструальної функції, екстрагенітальної та генітальної патології у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом

| Показник  | Усього, n=120            |      |                             |       |
|---|--------------------------|------|-----------------------------|-------|
|   | Традиційна терапія, n=60 |      | Запропонована терапія, n=60 |       |
|   | Абс. число               | %    | Абс. число                  | %     |
| Тривалість менструації понад 7 днів, n=45                             | 39                       | 86,7 | 19                          | 42,2* |
| Надмірні та часті менструації (N92), n=45                             | 38                       | 84,4 | 18                          | 40,0* |
| Міжменструальні виділення темної крові, n=45                          | 41                       | 91,1 | 21                          | 46,7* |
| Виділення кров'яних згустків за 2–3 дні до та після менструації, n=45 | 38                       | 84,4 | 18                          | 40,0* |
| Больовий синдром за декілька днів до менструації, n=45                | 39                       | 86,7 | 19                          | 42,2* |
| Альгодисменорея (N94), n=45   | 34                       | 75,6 | 14                          | 31,1* |
| Серцево-судинна система (I00-I99)(ВСД, ГХ)                            | 40                       | 66,7 | 20                          | 33,3* |
| Хвороби ТТ (K94)  | 28                       | 46,7 | 17                          | 28,3* |
| Метаболічний синдром  | 7                        | 11,7 | 4                           | 6,7*  |
| Хронічний пієлонефрит (N10–11)  | 12                       | 20,0 | 6                           | 10,0* |
| Хвороби ЩЗ (E00–E07)  | 23                       | 38,3 | 13                          | 21,7* |
| Метрорагії (N92–N92.9), n=45  | 37                       | 82,2 | 17                          | 37,8* |
| Залозиста гіперплазія ендометрія (N85.0), n=45                        | 36                       | 80,0 | 16                          | 35,6* |

Примітка. \* – Статистично вірогідний результат щодо традиційної терапії (p<0,001).

3. Алгоритмом ведення пацієнок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом – у жінок репродуктивного віку залежно від репродуктивних планів.

Дослідження було виконано відповідно до принципів Хельсинської Декларації. Протокол дослідження був затверджений Локальним етичним комітетом для всіх учасників. На проведення дослідження було отримано інформаційну згоду пацієнтів.

Отримані у ході статистичних досліджень дані опрацьовували методом варіаційної статистики з використанням стандартних пакетів програм «Microsoft Excel 2003» на персональному комп'ютері з обчисленням середньої арифметичної величини (M), середньої похибки середньої арифметичної (m). Різницю між величинами вважали достовірною при p<0,05.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для визначення ефективності лікування було порівняно частоту клінічних проявів поєднаної патології матки (лейоміоми та аденоміозу) через 1 рік після проведеної традиційної та запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії (табл. 1).

Запропонована комплексна етапна персоналізована терапія дозволила знизити частоту екзоцервіциту з ерозією ший-

ки матки (ШМ) (N72) у середньому до 6 (10,0%) випадків, що було у 3,3 разу, або на 23,3%, менше, ніж при традиційному лікуванні (p<0,05).

Комплексна етапна персоналізована терапія вагініту (N76.1) була ефективнішою від традиційної терапії у 6,0 разу, або на 41,7% (p<0,05).

Лікування бактеріального вагінозу за схемою запропонованої етапної персоналізованої терапії було ефективнішим порівняно з традиційним лікуванням у 3,8 разу, або на 33,3% (p<0,05).

Частоту сальпінгофориту (N70.1) після етапної персоналізованої терапії діагностували у 3,0 разу, або на 16,7%, менше порівняно з традиційною терапією (p<0,05).

Запропоноване лікування зменшило кількість ознак вторинної постгеморагічної анемії (D62) до 5 (8,3%) випадків, що було в 1,5 разу, або на 17,7%, менше, ніж при традиційному лікуванні (p<0,05).

Явища гіперполіменореї (N92–N92.2) у неоперованих хворих із поєднаною патологією матки (лейоміомою та аденоміозом) при застосуванні запропонованої терапії діагностовані у 16 (35,6%) хворих, що було в 1,5 разу, або на 17,7%, менше, ніж при традиційному лікуванні (p<0,05).

**Порівняльна характеристика ефективності проведеної терапії за даними лабораторного дослідження у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом**

| Показник   | Усього, n=120            |      |                             |       |
|--|--------------------------|------|-----------------------------|-------|
|  | Традиційна терапія, n=60 |      | Запропонована терапія, n=60 |       |
|  | Абс. число               | %    | Абс. число                  | %     |
| Лейкоцити (4,0–9,0 Г/л)  | 9                        | 15,0 | 55                          | 91,7* |
| ШОЕ (2,0–15,0 мм/год)  | 7                        | 11,7 | 56                          | 93,3* |
| ЛДГ (135,0–214,0 ОД/л)   | 8                        | 13,3 | 52                          | 86,7* |
| ЛФ (40,0–129,0 ОД/л)   | 9                        | 15,0 | 51                          | 85,0* |
| ІА (0,7–1,4 ум. од.)   | 8                        | 13,3 | 57                          | 95,0* |
| ПІ (90–105%)   | 9                        | 15,0 | 56                          | 93,3* |
| МНВ (0,85–1,2 ум. од.)   | 6                        | 10,0 | 58                          | 96,7* |
| Фібриноген (2–4 г/л)   | 9                        | 15,0 | 56                          | 93,3* |
| Фолієва кислота (3–20 нг/мл)   | 6                        | 10,0 | 33                          | 55,0* |
| Вітамін В <sub>1</sub> (49,0 мкг/л і більше)                             | 9                        | 15,0 | 35                          | 58,3* |
| Вітамін D (20,0–50,0 нг/мл)  | 7                        | 11,7 | 33                          | 55,0* |
| Вітамін Е (5,0–18,0 мкг/л)   | 8                        | 13,3 | 34                          | 56,7* |
| Феритин (13,0–150,0 нг/мл)   | 9                        | 15,0 | 35                          | 58,3* |
| Цинк (кров) (70,0–150 мкг/дл)  | 8                        | 13,3 | 36                          | 60,0* |
| Мідь (кров) (10,7–26,6 мкмоль/л на тлі вживання гормональних препаратів) | 7                        | 11,7 | 33                          | 55,0* |
| Кальцій (кров) (2,1–2,42 ммоль/л)  | 9                        | 15,0 | 36                          | 60,0* |
| Естрадіол (Е2) (фолікулінова фаза – 12,5–166,0 пг/мл)                    | 19                       | 31,7 | 53                          | 88,3* |
| Прогестерон (лютеїнова фаза – 1,7–27,0 нг/мл)                            | 18                       | 30,0 | 54                          | 90,0* |
| ЛГ (2,4–12,6 мМО/мл)   | 17                       | 28,3 | 53                          | 88,3* |
| ФСГ (3,5–12,5 мМО/мл)  | 18                       | 30,0 | 52                          | 86,7* |
| Нормоценоз   | 10                       | 16,7 | 46                          | 76,7* |

Примітка. \* – Статистично вірогідний результат щодо традиційної терапії (p<0,001).

Запропонована комплексна етапна персоналізована терапія зменшила дискомфорт унизу живота у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки (лейоміомою та аденоміозом), частота якого становила 7 (11,7%) випадків, що було у 4,3 разу, або на 38,3%, менше, ніж при традиційному лікуванні (p<0,05).

Клінічні симптоми тазового болю, тяжкості унизу живота, які супроводжували перебіг поєднаної патології матки – лейоміомою та аденоміозу у жінок репродуктивного віку, після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії діагностовано у 9 (15,0%) жінок, що було у 2,6 разу, або на 23,3%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,05).

Після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії радікулагічний синдром діагностовано у 8 (13,3%) випадках, що було у 3,5 разу, або на 33,4%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,05).

Одним із симптомів клінічного перебігу поєднаної патології матки (лейоміомою та аденоміозу) у жінок репродуктивного віку є часте сечовипускання. Його після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії виявлено у 13 (21,7%) хворих, що було у 2,2 разу, або на 26,6%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,05).

Порівняльна характеристика ефективності лікування за даними порушень менструальної функції, екстрагенітальної та генітальної патології при поєднаній патології матки (лейоміомі та аденоміозі) у жінок репродуктивного віку через 1 рік після проведеної традиційної та запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії представлена у табл. 2.

Запропонована комплексна етапна персоналізована терапія дозволила знизити частоту тривалості менструації понад 7 днів до 19 (42,2%) випадків, що було у 2,1 разу, або на 44,5%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Комплексна етапна персоналізована терапія надмірних та частих менструацій (N 92) була ефективнішою від традиційної терапії у 2,1 разу, або на 44,4% (p<0,001).

Лікування ознак міжменструальних виділень темної крові за схемою запропонованої етапної персоналізованої терапії було ефективнішим порівняно з традиційним лікуванням у 2,0 разу, або на 44,4% (p<0,001).

Виділення кров'яних згустків за 2–3 дні до та після менструації за результатами етапної персоналізованої терапії діагностували у 2,1 разу, або на 44,4%, менше порівняно з традиційною терапією (p<0,001).

Запропоноване лікування знизило інтенсивність больового синдрому за декілька днів до менструації до 19 (42,2%) спостережень, що було у 2,1 разу, або на 44,5%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Явища альгодисменореї (N94) у неоперованих хворих із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом після застосування запропонованої терапії діагностовані у 14 (31,1%) хворих, що було у 2,4 разу, або на 44,5%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Завдяки запропонованій комплексній етапній персоналізованій терапії зменшилися ознаки захворювань серцево-судинної системи (I00-I99) у пацієток репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом до 20 (33,3%) випадків, що було у 2,0 разу, або на 33,4%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Клінічні прояви хвороб травного тракту (ТТ) (K94), які супроводжували перебіг поєднаної патології матки – лейоміомою та аденоміозу – у жінок репродуктивного віку, після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії діагностовано у 17 (28,3%) випадках, що було у 1,7 разу, або на 18,4%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

**Порівняльна характеристика ефективності проведеної терапії за даними інструментального обстеження жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки – лейоміомою та аденоміозом**

| Показник  | Усього, n=90             |      |                             |        |
|---|--------------------------|------|-----------------------------|--------|
|   | Традиційна терапія, n=45 |      | Запропонована терапія, n=45 |        |
|   | Абс. число               | %    | Абс. число                  | %      |
| Передньозадній розмір матки (більше 4 мм)   | 23                       | 51,1 | 8                           | 17,8*  |
| Потовщення маткової сполучної зони (більше 12 мм)   | 22                       | 48,9 | 9                           | 20,0*  |
| Наявність множинних кістозних утворень у стінці матки   | 24                       | 53,3 | 10                          | 22,2** |
| Швидкість кровотоку в а. uterina у зоні ураження матки аденоміозом і лейоміомою (44,2±3,1 см/с) | 20                       | 44,4 | 8                           | 17,8** |
| Індекс резистентності в а. uterina (1,0±0,02)   | 25                       | 55,6 | 6                           | 13,3*  |
| Товщина перехідної зони >12 мм, n=18  | 10                       | 55,6 | 4                           | 8,9*   |
| Дрібноточкові гіперінтенсивні включення у міометрії, n=18                                       | 10                       | 55,6 | 5                           | 11,1*  |

Примітки. \* – p<0,001; \*\* – p<0,05.

Після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії метаболічний синдром діагностовано у 4 (6,7%) випадках, що було в 1,7 разу, або на 5,0%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Хронічний пієлонефрит (N10–11) як супутня патологія при поєднаній патології матки (лейоміома та аденоміоз) у жінок репродуктивного віку після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії виявлено у 6 (10,0%) хворих, що було у 2,0 разу, або на 10,0%, менше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Хвороби щитоподібної залози (ЩЗ) (E00–E07), які супроводжуються ознаками гіпо-, гіпертиреозу, після застосування запропонованої терапії діагностовано у 13 (21,7%) випадках, що в 1,8 разу, або на 16,6%, менше, ніж після застосування традиційної терапії (p<0,001).

Метрорагії (N92–N92.9), які супроводжують поєднану патологію матки (лейоміома та аденоміоз), після застосування комплексної етапної персоналізованої терапії через 1 рік визначали у 17 (37,8%) хворих, що було у 2,2 разу, або на 44,4%, менше порівняно з традиційною терапією.

Залозисту гіперплазію ендометрія (N85.0) через 1 рік після застосування запропонованої терапії визначали у 16 (35,6%) випадках, у 2,3 разу, або на 44,4%, менше, ніж після застосування загальноприйнятого лікування (p<0,001).

Ефективність лікування поєднаної патології матки (лейоміома та аденоміоз) у жінок репродуктивного віку через 1 рік після проведеної традиційної та запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії за даними лабораторного дослідження представлена у табл. 3.

Запропонована комплексна етапна персоналізована терапія дозволила нормалізувати кількість лейкоцитів у 55 (91,7%) випадках, що було у 6,1 разу, або на 76,7%, більше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Комплексна етапна персоналізована терапія нормалізувала ШОЕ у 56 (93,3%) випадках, що було у 8,0 разу, або на 81,6%, більше, ніж після традиційної терапії.

Лікування поєднаної патології матки (лейоміома та аденоміоз) за схемою запропонованої етапної персоналізованої терапії дозволило нормалізувати активність лактатдегідрогенази (ЛДГ) та лужної фосфатази (ЛФ) у 52 (86,7%) та 51 (85,0%) випадках відповідно, що було у 6,5 та 5,7 разу, або на 73,3% та 70,0% відповідно, ефективнішим порівняно з традиційним лікуванням (p<0,001).

Нормалізацію індексу агрегації тромбоцитів (ІА) та протромбінового індексу (ПІ) після етапної персоналізованої терапії діагностували у 7,1 та 6,2 разу, або на 81,7% та 78,3% відповідно, більше порівняно із застосуванням традиційної терапії (p<0,001).

Після запропонованого лікування Міжнародне нормалізоване відношення (МНО) та рівень фібриногену дійшли норми у 96,7% та 93,3% випадків відповідно, що було у 9,7 та 6,2 разу, або на 86,7% та 78,3%, більше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

У нормі показники вмісту фолієвої кислоти та вітаміну В<sub>12</sub> після застосування запропонованої терапії діагностовані у 33 (55,0%) та 35 (58,3%) хворих відповідно, що було у 5,5 та 3,9 разу, або на 45,0% та 43,3%, більше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Запропонована комплексна етапна персоналізована терапія підвищила частоту виявлення референтних величин вмісту вітаміну D і E у хворих із поєднаною патологією матки (лейоміома та аденоміозом) у жінок репродуктивного віку до 33 (55,0%) та 34 (56,7%) випадків відповідно, що було у 4,7 та 4,3 разу більше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Рівень феритину у жінок репродуктивного віку із поєднаною патологією матки (лейоміома та аденоміозом) після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії у межах референтних величин діагностовано у 35 (58,3%) жінок, що було у 3,9 разу, або на 43,3%, більше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Нормалізацію обміну цинку, міді, кальцію після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії діагностовано у 36 (60,0%), 33 (55,0%), 36 (60,0%) випадках відповідно, що було у 4,5; 4,7; 4,0 разу, або на 46,7%, 43,3%, 45,5% відповідно, більше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Рівні естрадіолу (E2) у фолікулінову фазу менструального циклу (МЦ) та прогестерону у лютеїнову фазу МЦ при поєднаній патології матки (лейоміома та аденоміоз) у жінок репродуктивного віку після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії нормалізувалися у 53 (88,3%) та 54 (90,0%) хворих, що було у 2,8 та 3,0 разу, або на 56,6% та 60,0% відповідно, більше, ніж після традиційного лікування (p<0,001).

Після застосування запропонованої терапії нормальні рівні лютеїнізуючого гормону (ЛГ) та фолікулолістимулювального гормону (ФСГ) виявлено у 53 (88,3%) та 86,7% випадків, що у 3,1 та 2,9 разу, або на 60,0 та 56,7%, більше, ніж після застосування традиційної терапії (p<0,001).

Біоценоз піхви «нормоценоз» після застосування комплексної етапної персоналізованої терапії через 1 рік спостереження визначали у 46 (76,8%) хворих, що було у 4,6 разу, або на 60,0%, більше порівняно з традиційною терапією (p<0,001).

Ефективність лікування за даними інструментального дослідження поєднаної патології матки (лейоміома та аденоміоз) у жінок репродуктивного віку через 1 рік після проведеної традиційної та запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії представлена у табл. 4.



За даними УЗ-дослідження, через 1 рік після застосування запропонованої комплексної етапної персоналізованої терапії передньозадній розмір матки більше 4 мм визначали у 8 (17,8%) випадках, що було у 2,9 разу, або на 33,3%, краще порівняно з традиційною терапією ( $p < 0,001$ ).

Потовщення маткової сполучної зони (більше 12 мм) діагностували у 9 (20,0%) випадках, що у 2,4 разу, або на 28,9%, краще від показників, які одержані після традиційної терапії ( $p < 0,001$ ).

Частота наявності множинних кістозних утворень у стінці матки становила 10 (22,2%) випадків, що у 2,4 разу, або на 31,1%, нижче порівняно з традиційною терапією ( $p < 0,05$ ).

Швидкість кровотоку в а. uterina у зоні ураження матки аденоміозом і лейоміомою  $44,2 \pm 3,1$  см/с та IP  $1,0 \pm 0,02$  діагностували у 8 (17,8%) та 6 (13,3%) випадках відповідно, що було у 2,5 та 4,2 разу, або 26,6% та 42,3%, менше, ніж після застосування традиційної терапії ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

За результатами магнітно-резонансної томографії частота виявлення товщини перехідної зони  $> 12$  мм та частота

виявлення дрібноточкових гіперінтенсивних включень після комплексної етапної персоналізованої терапії через 1 рік становила 4 (8,9%) та 5 (11,1%) випадків відповідно, що було у 6,2 разу та 5,0 разу, або на 46,7% та 44,5%, менше порівняно з традиційною терапією ( $p < 0,001$ ).

## ВИСНОВКИ

Отже, запропонована комплексна етапна персоналізована терапія за частотою клінічних проявів поєднаної патології матки – лейоміоми та аденоміозу, порушень менструальної функції, екстрагенітальної та генітальної патології за даними лабораторного дослідження та інструментального обстеження була достовірно ефективнішою ( $p < 0,001$ ) за результатами лікування через 1 рік, ніж стандартна терапія, у середньому у 3,3 разу, або на 42,3%.

**Перспективи подальших досліджень.** Визначення клінічних особливостей перебігу поєднаної патології матки – лейоміоми та аденоміозу.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

### Эффективность предложенной комплексной этапной персонализированной терапии у женщин репродуктивного возраста с сочетанной патологией матки – лейомиомой и аденомиозом М.Б. Запорожченко, А.В. Сидоренко

Сочетанную патологию матки диагностируют в 87% случаев. Эндометриоз у женщин репродуктивного возраста составляет 12–50% наблюдений. Комплексный подход к назначению персонализированных лечебных мероприятий путем применения гормональных препаратов и препаратов, направленных на нормализацию метаболических процессов (витамины, макро-, микроэлементы), может способствовать достижению положительных результатов.

**Цель исследования:** изучение эффективности предложенной комплексной этапной персонализированной консервативной терапии у женщин репродуктивного возраста с сочетанной патологией матки – лейомиомой и аденомиозом.

**Материалы и методы.** Проведено сравнение результатов обследования групп женщин репродуктивного возраста с сочетанной патологией матки – лейомиомой и аденомиозом между группами, которые принимали традиционную (60 больных) и предложенную комплексную этапную персонализированную (60 больных) терапию, через 1 год после лечения.

**Результаты.** Предложенная комплексная этапная персонализированная терапия по частоте клинических симптомов была более эффективной по результатам лечения через 1 год, чем стандартная терапия, в 3,0 раза, или на 28,1% ( $p < 0,001$ ); по частоте нарушений менструальной функции, экстрагенитальной и генитальной патологии – в 2,4 раза, или на 44,7% ( $p < 0,001$ ); по данным лабораторного исследования – в 4,5 раза, или на 60,3% ( $p < 0,001$ ); по данным инструментального обследования – в 3,3 раза, или на 36,2% ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Предложенная комплексная этапная персонализированная терапия по частоте клинических проявлений сочетанной патологии матки (лейомиоми и аденомиоза), нарушений менструальной функции, экстрагенитальной и генитальной патологии, данным лабораторного исследования и инструментального обследования была достоверно эффективнее ( $p < 0,001$ ) по результатам лечения через 1 год, чем стандартная терапия, в среднем в 3,3 раза, или на 42,3%.

**Ключевые слова:** комплексная этапная персонализированная консервативная терапия, сочетанная патология матки, лейомиома, аденомиоз.

### Effectiveness of the proposed complex, step-by-step personalized conservative therapy in women of reproductive age in patients with combined uterine pathology – leiomyoma and adenomyosis M.B. Zaporozhchenko, A.V. Sidorenko

Combined pathology of the uterus occurs in 87% of cases. Endometriosis in women of reproductive age is 12 to 50% of cases. An integrated approach to the appointment of personalized / induced therapeutic measures through the use of hormonal and drugs aimed at normalizing metabolic processes (vitamins, macro-, microelements) can contribute to the achievement of positive results.

**The objective:** is to investigate the effectiveness of the proposed complex, step-by-step personalized conservative therapy in women of reproductive age in patients with combined uterine pathology leiomyoma and adenomyosis.

**Materials and methods.** A comparison was made of the results of examination of women of reproductive age, patients with combined uterine pathology, leiomyoma and adenomyosis between the groups with traditional therapy (60 patients) and the proposed comprehensive, step-by-step personalized therapy (60 patients).

Results. The proposed complex step-by-step personalized therapy in terms of the frequency of clinical symptoms was more effective according to the results of treatment after 1 year in relation to the standard therapy by 3.0 times, or by 28.1% ( $p < 0.001$ ); according to the frequency of menstrual dysfunction, extragenital and genital pathology – by 2.4 times, or 44.7% ( $p < 0.001$ ); according to laboratory data – by 4.5 times, or by 60.3% ( $p < 0.001$ ); according to the instrumental examination – by 3.3 times, or 36.2% ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions.** The proposed complex step-by-step personalized therapy in terms of the frequency of clinical manifestations of combined uterine pathology with leiomyoma and adenomyosis, menstrual dysfunction, extragenital and genital pathology, laboratory data, and instrumental examination was significantly more effective ( $p < 0.001$ ) after 1 year of treatment compared to standard therapy, an average of 3.3 times, or 42.3%.

**Key words:** complex, staged personalized conservative therapy, combined uterine pathology, leiomyoma, adenomyosis.

## Сведения об авторах

**Запорожченко Марина Борисовна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета, Одесский областной клинический медицинский центр, 65082, г. Одесса, ул. Ольгиевская, 4; тел.: (067) 483-96-95. E-mail: maremarina99@gmail.com

ORCID 0000-0003-1450-9708

**Сидоренко Алла Владимировна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета, Одесский областной клинический медицинский центр, 65082, г. Одесса, ул. Ольгиевская, 4; тел.: (095) 366-26-93. E-mail: duchkaalla@ukr.net

ORCID 0000-0002-4673-2819

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Методическое пособие для врачей / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева. – М., 2011. – 34 с.
2. Аничков Н.М. Сочетание аденомиоза и лейомиомы матки / Н.М. Аничков, В.А. Печеникова // Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 3. – С. 31–34.
3. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика: монография / [Киселев В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л. и др]. – М.: Медпрактика-М, 2011. – 468 с.
4. Карасева Н.В. Новые аспекты патогенетически обоснованной терапии больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Н.В. Карасева. – М., 2008. – 22 с.
5. Сидорова И.С. Клинико-патогенетические варианты развития аденомиоза, перспективы целевой терапии / И.С. Сидорова, А.Л. Унанян, Е.А. Коган // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – № 4. – С. 38–42.
6. Эффективность циклической микронутриентной терапии при нарушениях менструальной функции и становлении менархе / О.А. Лиманова, Л.Э. Федотова, Е.Ю. Лисицына [и др.] // Гинекология. – 2012. – № 4. – С. 72–79.
7. Daguati R. Progestogens and estroprogestins in the treatment of pelvic pain associated with endometriosis / R. Daguati, E. Somigliana, P. Viganò, P. Vercellini // Minerva Ginecol. – 2006. – Vol. 58, N 6. – P. 499–510.

Статья поступила в редакцию 19.12.2018

## ДО УВАГИ АВТОРІВ! АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

*Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця*

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID – це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їхньої дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

У реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password2 (Пароль)», «Confirm password».

У перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. **Персональна** електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Не можна створювати нового профілю з тією самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до

персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме – новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ідентифікатора ORCID знаходиться у лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID – це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає у заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.