

УЛУЧШЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕНСЕ В СОЧЕТАНИИ С АГОНИСТАМИ ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОНА У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

С.А. Леваков¹, М.Г. Кавиладзе¹, М.А. Суханова¹, А.Р. Хисамиева¹, Н.Р. Титова²

¹ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

² ФГБУЗ «Клиническая больница № 85 Федерального медико-биологического агентства», г. Москва

Адрес для переписки:

Леваков Сергей Александрович, levakoff@yandex.ru

Ключевые слова:

эндометриоз, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, психоэмоциональное состояние, сексуальная функция

Для цитирования:

Леваков С.А., Кавиладзе М.Г., Суханова М.А. и др. Улучшение психоэмоционального состояния, сексуальной функции, качества жизни на фоне применения Менсе в сочетании с агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона у пациенток с эндометриозом. Зарождение жизни. 2025; 2: ##-##.

DOI 10.46393/27826384_2025_2_

Резюме

Эндометриоз – гинекологическое заболевание, характеризующееся хронической болью, от которого страдает до 10% женщин репродуктивного возраста. Боль является основной причиной снижения качества жизни этих пациенток. Предыдущие исследования показали, что лечение эндометриоза, консервативное или хирургическое, доказало свою эффективность не только в контроле заболевания, но и в облегчении симптомов, и, как мы предполагаем, также в улучшении качества жизни.

Цель исследования: оценить качество жизни, сексуальную функцию и психоэмоциональное состояние пациенток с эндометриозом на момент постановки диагноза и через 6 месяцев медикаментозной терапии, чтобы определить влияние лечения на эти аспекты.

Материал и методы. В период с июля 2024 г. по август 2025 г. проведено проспективное исследование, включавшее 60 пациенток с эндометриозом. Пациентки были разделены на две группы: 1-я группа получала монотерапию агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ), 2-я группа – аГнРГ в сочетании с препаратом Менсе. Выбор терапии 2-й линии аГнРГ был обусловлен рецидивом эндометриоза у пациенток, получавших ранее терапию 1-й линии гестагенами в непрерывном режиме. Всем пациенткам до назначения медикаментозной терапии было выполнено трансвагинальное ультразвуковое исследование, также пациентки заполняли различные опросники: Viberoglu & Behrman Scale (V&B), цифровую рейтинговую шкалу (NRS), визуальную аналоговую шкалу, опросник качества жизни (ЕНР-30) и анкету «индекс сексуальной функции женщин» (FSFI). Аналогичная оценка проводилась по окончании лечения.

Результаты. Улучшение состояния пациенток в отношении дисменореи, хронической тазовой боли, диспареунии, сексуального удовлетворения и качества жизни в целом после комбинированной медикаментозной терапии аГнРГ и Менсе было клинически более выраженным и статистически значимым по сравнению с монотерапией аГнРГ.

Выводы. Мы можем утверждать, что гормональной терапии только аГнРГ недостаточно для улучшения качества жизни и сексуальной функции пациенток с эндометриозом. Данные, полученные в ходе нашего исследования, свидетельствуют о целесообразности назначения комбинированной терапии аГнРГ и Менсе для более значимого улучшения качества жизни пациенток в различных аспектах.

IMPROVEMENT OF PSYCHOEMOTIONAL STATE, SEXUAL FUNCTION, AND QUALITY OF LIFE WITH MENSE IN COMBINATION WITH GONADOTROPIN-RELEASING HORMONE AGONISTS IN FEMALE PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS

S.A. Levakov¹, M.G. Kaviladze¹, M.A. Sukhanova¹, A.R. Khisamieva¹, N.R. Titova²

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

² Clinical Hospital No. 85, Federal Medical and Biological Agency, Moscow

For correspondence:

Sergey A. Levakov, levakoff@yandex.ru

Key words:

endometriosis, gonadotropin-releasing hormone agonists, psychoemotional state, sexual function

For citation:

Levakov S.A., Kaviladze M.G., Sukhanova M.A. et al. Improvement of psychoemotional state, sexual function, and quality of life with Mense in combination with gonadotropin-releasing hormone agonists in female patients with endometriosis. *The Origin of Life*. 2025; 2: ##-##. DOI 10.46393/27826384_2025_2_

Summary

Endometriosis is a gynecological disease characterized by chronic pain, affecting up to 10% of women of reproductive age. Pain is the main cause of decreased quality of life in these patients. Previous studies have shown that treatment of endometriosis, whether conservative or surgical, has proven effective not only in controlling the disease but also in relieving symptoms and, we hypothesize, improving quality of life.

The aim of the study was to evaluate the quality of life, sexual function, and psychoemotional state of patients with endometriosis at diagnosis and after 6 months of drug therapy, in order to assess the impact of treatment on these aspects.

Material and methods. A prospective study was conducted, including 60 patients with endometriosis, between July 2024 and August 2025. Patients were divided into two groups: Group 1 received gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist monotherapy, while Group 2 received GnRH agonists in combination with Mense. Second-line GnRH agonist therapy was chosen due to recurrence of endometriosis in patients who had previously received first-line therapy with continuous progestogens. All patients underwent a transvaginal ultrasound before initiation of drug therapy. They also completed various questionnaires, including the Biberoglu & Behrman Scale (B&B), Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale, Quality of Life Questionnaire (EHP-30), and the Female Sexual Function Index (FSFI). A similar assessment was conducted at the end of treatment.

Results. Improvements in dysmenorrhea, chronic pelvic pain, dyspareunia, sexual satisfaction, and overall quality of life after combination drug therapy with GnRH agonists and Mense were clinically more pronounced and statistically significant compared to GnRH agonists alone.

Conclusions. We conclude that hormonal therapy alone is insufficient to improve quality of life and sexual function in patients with endometriosis. The data obtained in our study indicate the feasibility of prescribing combination therapy with GnRH and Mense to more significantly improve the quality of life of patients in various aspects.

Эндометриоз – сложное системное заболевание, которое может негативно влиять на репродуктивное здоровье и качество жизни женщин [1, 2]. Хроническое воспаление и гормональная зависимость патологии являются основными патофизиологическими механизмами, способствующими развитию и прогрессированию эндометриоза, и сочетание этих двух ключевых биологических факторов определяет естественное течение этого заболевания [2–4].

Несмотря на клинически доказанную связь между эндометриозом и бесплодием, патологические механизмы, приводящие от эндометриоза к бесплодию, до сих пор неясны. Возможность выявления эндометриозных очагов интраоперационно во многом зависит от опыта хирурга, что может препятствовать раннему распознаванию и лечению заболевания. Среднее время диагностики

эндометриоза составляет от 4 до 11 лет, и эта задержка накладывает значительное финансовое бремя на систему здравоохранения [5, 6]. Действительно, отсутствие макроскопических поражений или клинических признаков не исключает диагноз эндометриоза, поскольку бесплодие часто является единственным симптомом данного заболевания у довольно большого количества пациенток. Кроме того, только у половины женщин с бесплодием, связанным с эндометриозом, наблюдаются типичные эндометриозные очаги на внутренних органах [7]. У женщин, страдающих бесплодием, ранняя диагностика эндометриоза имеет решающее значение с точки зрения фертильности, поскольку последствия заболевания могут быть еще более серьезными, если к ним добавить влияние возраста на овариальный резерв.

Боль может быть одним из симптомов эндометриоз-ассоциированного бесплодия, когда поверхностная

диспареуния (боль, возникающая во влагалище или области органов малого таза) затрудняет проведение нормального полового акта или глубокая диспареуния резко сокращает его продолжительность, что приводит к снижению сексуальной активности пациентки. Однако исследования, в которых изучалась связь между поверхностной диспареунией и эндометриозом, немногочисленны [8, 9]. Согласно результатам исследований, эндометриоз связан с 9-кратным увеличением риска глубокой диспареунии, главным образом из-за инфильтративной формы и тяжелых стадий заболевания, поражающих задний свод влагалища, пространство Дугласа, крестцово-маточные связки и прямую кишку. Несмотря на относительную частоту, диспареуния не единственная сексуальная жалоба пациенток с эндометриозом. В систематических обзорах установлено, что около 2/3 женщин с эндометриозом имеют ту или иную форму сексуальной дисфункции, не ограничивающуюся глубокой диспареунией. Хроническая, «неменструальная» тазовая боль, связанная с заболеванием, может влиять на половую жизнь, снижая либидо, частоту половых актов, возбуждение или оргазм, что оказывает существенное негативное влияние на интимные отношения, эмоциональное благополучие и качество жизни в целом. В этой связи, учитывая сложную природу сексуальной функции у женщин, необходим целостный, а не механистический подход к лечению эндометриоза.

Терапия прикрытия способствует снижению частоты и выраженности побочных реакций, связанных с приемом агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ), без влияния на их эффективность. Начинать ее рекомендуют одновременно (в день первой инъекции) с лечением аГнРГ [8]. Длительность курса терапии прикрытия определяется ее целями. Шестимесячный курс предназначен для контроля кратковременных симптомов, таких как вазомоторные, и вагинальной атрофии. Более длительная терапия прикрытия при продлении курса лечения аГнРГ имеет дополнительную цель защиты минеральной плотности костной ткани [9, 10].

Главная цель назначения терапии прикрытия – нивелировать риски, связанные с приемом аГнРГ, не оказывая влияния на их эффективность в отношении уменьшения роста и площади эндометриоидных гетеротопий, при этом снижая проявления ятрогенной гипоэстрогении (приливы, вагинальная сухость) и улучшая психоэмоциональное состояние и качество жизни пациенток [11].

Для устранения приливов, потливости, вегетативной симптоматики, лучшего увлажнения влагалища, улучшения психоэмоционального фона, сексуальной функции и качества жизни пациенткам с эндометриозом целесообразно назначать комбинированную терапию аГнРГ и препаратом Менсе в непрерывном режиме течение 6 месяцев. Менсе – это многокомпонентный препарат, содержащий фитоэстрогены (изофлавоны сои), аминокислоты (бета-аланин, 5-гидрокситриптофан), витамины С, Е, группы В, фолиевую кислоту. Компоненты Менсе взаимно усиливают действие друг друга, устраняя негативные проявления гипоэстрогении у пациенток с эндометриозом:

приливы, потливость, тревожные расстройства, нарушения сна и вагинальную сухость. Фитоэстрогены, витамин Е и фолиевая кислота поддерживают гормональный баланс, увеличивают увлажнение влагалища, 5-гидрокситриптофан улучшает сон, уменьшает тревожность и депрессивные состояния, бета-аланин устраняет приливы.

Целью данного исследования было оценить эффективность применения препарата Менсе в комбинации с аГнРГ в контексте нивелирования таких побочных эффектов аГнРГ, как нарушение сексуальной функции, ухудшение психоэмоционального состояния и качества жизни в целом.

Материал и методы

В исследование были включены 60 пациенток в возрасте 35–45 лет с клинически, инструментально, лапароскопически или морфологически подтвержденным эндометриозом. Участницы были стратифицированы на две группы: в 1-ю группу вошли 30 пациенток, которым была назначена монотерапия аГнРГ в течение 6 месяцев (3,75 мг 1 раз в месяц внутримышечно), 2-ю группу составили 30 пациенток, получавших комбинированную терапию аГнРГ (3,75 мг 1 раз в месяц внутримышечно) и препаратом Менсе (1 капсула 2 раза в сутки ежедневно). Необходимо отметить, что во 2-ю группу вошли в основном пациентки с более выраженной болью. Длительность курса лечения и наблюдения составила 6 месяцев (согласно инструкции по медицинскому применению препаратов аГнРГ и опыту клинического применения препарата Менсе [12]), после чего оценивали результаты терапии. Выбор терапии 2-й линии аГнРГ был обусловлен рецидивом эндометриоза у пациенток, получавших ранее терапию 1-й линии – гестагенами в непрерывном режиме [8]. Также стратификация пациенток происходила на основании выраженности болевого синдрома (хронической тазовой боли (ХТБ), диспареунии, дисменореи) до начала лечения. Пациенткам с более выраженным болевым синдромом назначали комплексную терапию аГнРГ и Менсе, ожидая дополнительного противоболевого эффекта 5-гидрокситриптофана, входящего в состав Менсе [13, 14].

Критерии включения:

- репродуктивный возраст;
- подтвержденный диагноз эндометриоза (N80.1, 80.2, 80.3, 80.4);
- наличие тазовой боли, снижение сексуальной функции, ухудшение психоэмоционального состояния;
- отсутствие медикаментозного лечения эндометриоза, в том числе гормональными препаратами;
- отсутствие противопоказаний для приема гормональных препаратов;
- информированное согласие пациентки на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- сочетание гинекологических заболеваний воспалительного и невоспалительного генеза, для которых характерна тазовая боль;

- варикозное расширение вен малого таза;
- нарушения гемокоагуляции;
- злокачественные опухоли;
- синдром болезненного мочевого пузыря;
- синдром раздраженного кишечника;
- различные системные заболевания соединительной ткани;
- миофасциальный болевой синдром;
- тазовая боль, вызванная неврологическими заболеваниями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
- психогенная боль;
- отсутствие верификации эндометриоза;
- несоблюдение рекомендаций;
- отказ от участия в исследовании.

Алгологический профиль и качество жизни пациенток с тазовой болью после оперативного лечения наружного генитального эндометриоза оценивали при помощи специальных опросников: Viberoglu & Behrman Scale (B&B), цифровой рейтинговой шкалы (Numeral Rating Scale, NRS), визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), опросника качества жизни пациенток с эндометриозом (Endometriosis Health Profile-30, EHP-30), специализированного опросника «Индекс сексуальной функции женщин» (Female Sexual Function Index, FSFI), шкалы оценки тяжести климактерических симптомов Грина, шкалы комплаентности Мориски–Грина.

По шкале B&B пациентки самостоятельно оценивали степень выраженности болевого синдрома, обусловленного эндометриозом [15]. Помимо стандартных вопросов, касающихся субъективных болевых ощущений, данная шкала учитывает результаты гинекологического осмотра, при котором врач акушер-гинеколог определяет гипералгезию [16, 17]. Результат оценивали по общей сумме баллов шкалы B&B, на основании которой определяли степень тяжести ХТБ: легкая – 1–2 балла, средняя – 3–5 баллов, тяжелая – 6–10 баллов, очень тяжелая – 11–15 баллов.

Опросник FSFI включал в себя 19 вопросов и оценивал следующие аспекты: степень выраженности диспареунии, удовлетворение сексуальным возбуждением во время полового акта, достаточная увлажненность влагалища во время полового акта, эмоциональная составляющая. Пациенткам предлагали следующие варианты ответов: «никогда», «редко», «иногда», «часто», «всегда». Для сравнения результатов опроса до и во время лечения учитывали количество отрицательных ответов: чем их больше, тем более выраженным считали снижение качества жизни пациенток. Максимальная оценка по каждому параметру FSFI составляет 6 баллов, а общая – 36 баллов. Индекс женской сексуальной функции ниже 26,55 балла свидетельствует о сексуальной дисфункции.

Комплаентность оценивали по клинико-психологической тестовой методике, предназначенной для скринингового выявления больных с низкой приверженностью терапии (шкала Мориски–Грина). COMPLAINTными считали пациенток, набравших 4 балла; о недостаточной

приверженности свидетельствовала оценка 3 балла, о некомплаентности – 2 балла и менее.

Значения $p > 0,05$ считали статистически незначимыми, $p < 0,01$ – статистически значимыми для всех сравнений. Для управления данными и статистического анализа использовали версию SPSS 11.0.1 для Windows (SPSS Inc, США).

Результаты

Для сравнения эффективности исследуемого препарата важно было убедиться в том, что между исследуемыми группами перед началом лечения отсутствуют значимые различия исходных показателей, которые играют роль конечных точек исследования. Так, клинико-anamnestические характеристики пациенток обеих групп не отличались (табл. 1).

По данным проведенной оценки было установлено, что показатели шкалы Грина пациенток 2-й группы, получавших аГнРГ и Менсе в течение 6 месяцев, до лечения были сопоставимы с показателями пациенток 1-й группы, получавших только аГнРГ, по численным значениям суммарного балла по шкале Грина ($p = 0,035$), суммарного балла по показателям депрессии ($p = 0,053$), тревоги ($p = 0,049$), а также вазомоторных симптомов ($p = 0,017$) (табл. 2). Поскольку очень частым побочным эффектом агонистов являются приливы, а больные эндометриозом страдают психоэмоциональными расстройствами, для оценки симптомов ятрогенной гипострогении и психоэмоциональных нарушений мы модифицировали шкалу Грина, объединив такие ее параметры, как «тревожность», «депрессия», «вазомоторные симптомы» Общий балл от 12 до 19 соответствовал средней степени гипострогении, более 20 баллов – тяжелой степени этого состояния. В течение 6-месячного периода лечения отмечено более выраженное снижение суммарного балла оценки по шкале Грина у пациенток группы «аГнРГ + Менсе» по сравнению с таковым в группе пациенток, получавших только аГнРГ. К концу периода лечения наблюдалась тенденция к значимому снижению числа баллов по параметру депрессии шкалы Грина (см. табл. 2) во 2-й группе (аГнРГ + Менсе) по сравнению с 1-й группой (аГнРГ) ($p = 0,053$), что является статистически значимым. В конце лечения отмечено более выраженное снижение числа баллов по параметру тревоги шкалы Грина в основной группе (см. табл. 2) по сравнению с контрольной группой ($p = 0,049$). На последнем визите (через 6 месяцев после начала терапии) также зарегистрировано значимое снижение числа баллов по параметру вазомоторных симптомов (см. табл. 2) в группе пациенток, по-

Таблица 1. Клинико-anamnestические характеристики пациенток

Показатель, M ± SD	1-я группа (аГнРГ)	2-я группа (аГнРГ + Менсе)	Значение p
Возраст, лет	31,1 ± 2,4	31,6 ± 4,1	> 0,05
Индекс массы тела, кг/м ²	21,9 ± 2,1	22,1 ± 2,6	> 0,05
Возраст менархе, лет	11,74 ± 1,03	12,51 ± 1,31	> 0,05

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: данные представлены как среднее арифметическое ± стандартное отклонение (M ± SD).

Таблица 2. Динамика изменения параметров шкалы Грина в процессе лечения

Параметр, M ± SD	До лечения		После 6 месяцев терапии		Значение p
	1-я группа (аГнРГ)	2-я группа (аГнРг + Менсе)	1-я группа (аГнРГ)	2-я группа (аГнРг + Менсе)	
Общий балл	17,23 ± 5,21	17,46 ± 5,09	16,5 ± 8,68	11,81 ± 11,41	0,035
Депрессия	8,09 ± 2,71	8,17 ± 2,66	5,81 ± 3,52	7,82 ± 2,67	0,053
Тревога	9,22 ± 2,50	9,29 ± 2,43	7,23 ± 2,81	5,44 ± 2,86	0,049
Вазомоторные симптомы (приливы и др.)	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	4,25 ± 1,43	2,38 ± 1,54	0,017

лучавших препарат Менсе, по сравнению с контрольной группой ($p = 0,017$).

В таблице 3 отражена динамика болевой симптоматики в обеих группах. По всем используемым шкалам оценки (B&B, NRS, ВАШ – диспареуния, дисменорея и ХТБ) отмечено стабильное статистически значимое снижение среднего значения выраженности болевого синдрома в обеих группах через 6 месяцев после начала терапии, при этом и в 1-й, и во 2-й группах болевой синдром снизился до «незначительного». Уменьшение боли в обеих группах в зависимости от вида составило от 1,6 до 3,2 раз. Значимое купирование боли достигнуто к концу 6-го месяца лечения в группе комбинированной терапии с Менсе.

Следующим этапом была произведена оценка сексуального статуса пациенток по шкале FSFI (табл. 4). До начала лечения отмечено снижение всех показателей шкалы в обеих группах исследования. Средний общий показатель сексуальной функции FSFI в 1-й группе составил 21,89 балла, во 2-й группе – 23,64 балла, что свидетельствовало о наличии сексуальной дисфункции у всех включенных в исследование пациенток.

В результате лечения в обеих группах все показатели шкалы FSFI улучшились ($p < 0,001$), но более выраженное улучшение по всем параметрам отмечено в группе «аГнРГ + Менсе». У пациенток 1-й группы уменьшилась увлажненность влагалища вследствие побочного эффекта терапии аГнРГ. Через 6 месяцев комбинированной терапии

аГнРГ и Менсе во 2-й группе общий показатель сексуальной функции FSFI повысился до 28,08 ± 8,14 балла, что означало отсутствие признаков сексуальной дисфункции и свидетельствовало о восстановлении сексуального здоровья, в то время как в группе аГнРГ показатель тоже повысился до 23,12 ± 3,58 балла за счет уменьшения диспареунии и других видов боли, что положительно сказалось на уменьшении выраженности сексуальной дисфункции, но вследствие развития вагинальной сухости таким пациенткам потребовался дополнительный прием лубрикантов.

Обсуждение

Модифицированная климактерическая шкала Грина оказалась удобным диагностическим инструментом и позволила комплексно оценить различные симптомы, характерные для состояния дефицита эстрогенов, являясь скрининговым или динамическим методом оценки выраженности менопаузальных симптомов в период прохождения консервативного лечения. Результаты оценки эффективности препарата Менсе по шкале Грина продемонстрировали, что препарат обладает доказанной эффективностью в отношении снижения депрессии, тревоги и вазомоторных симптомов, при этом значимые различия между группами констатированы как при оценке общего балла, так и при анализе отдельных параметров шкалы Грина.

ХТБ является причиной ухудшения качества жизни гинекологических пациенток по всему миру и в насто-

Таблица 3. Динамика алгологического мониторинга в процессе лечения

Шкала, M ± SD	До лечения		После 6 месяцев терапии		Значение p
	1-я группа (аГнРГ)	2-я группа (аГнРг + Менсе)	1-я группа (аГнРГ)	2-я группа (аГнРг + Менсе)	
B&B	2,12 ± 0,47	5,08 ± 0,38	1,32 ± 2,17	2,60 ± 1,52	< 0,001
NRS	2,74 ± 1,62	5,36 ± 0,54	1,31 ± 0,32	2,51 ± 1,24	< 0,001
ВАШ, ХТБ	26,6 ± 3,6	56,4 ± 4,7	8,26 ± 3,14	21,31 ± 6,42	< 0,001
ВАШ, диспареуния	19,5 ± 8,7	47,07 ± 10,09	9,73 ± 4,38	18,31 ± 13,72	< 0,001
ВАШ, дисменорея	24,4 ± 11,4	52,07 ± 13,09	13,18 ± 3,02	29,29 ± 10,65	< 0,001

Таблица 4. Изменения показателей шкалы FSFI в процессе лечения

Показатель, M ± SE	До лечения		После 6 месяцев лечения		Значение p
	1-я группа (аГнРГ)	2-я группа (аГнРг + Менсе)	1-я группа (аГнРГ)	2-я группа (аГнРг + Менсе)	
Общий показатель сексуальной функции	21,89 ± 2,03	23,64 ± 2,69	23,12 ± 3,58	28,08 ± 8,14	< 0,001
Возбуждение	4,68 ± 0,41	4,04 ± 0,79	4,23 ± 1,39	5,38 ± 0,72	< 0,001
Лубрификация	2,17 ± 1,61	3,66 ± 0,54	2,06 ± 1,62	4,17 ± 0,59	< 0,001
Оргазм	4,28 ± 0,68	3,98 ± 1,31	4,45 ± 1,65	5,14 ± 1,21	< 0,001
Удовлетворение	4,62 ± 0,34	3,65 ± 0,52	4,13 ± 1,24	5,32 ± 0,41	< 0,001
Желание	4,12 ± 2,17	3,07 ± 0,45	4,05 ± 1,21	4,12 ± 2,07	< 0,001
Диспареуния	2,02 ± 0,25	5,24 ± 0,63	4,20 ± 1,0	4,03 ± 1,65	< 0,001

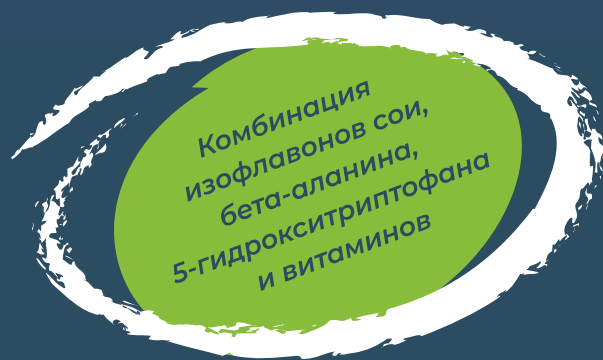
Примечание. Данные представлены как среднее значение ± стандартная ошибка среднего (M ± SE).



МЕНСЕ®

Негормональная терапия
гипоэстрогенных нарушений
в различные возрастные периоды

- Способствует улучшению состояния уrogenитальной зоны.¹
- Снижает частоту и выраженность приливов.²
- Улучшает сон и психоэмоциональное состояние.²



 **АКВИОН** | Доказанная
эффективность

8 800 200 86 86
бесплатная горячая линия
mense.ru



СГР № RU.77.99.88.003.R.001259.05.23 от 05.05.2023 г. Реклама.

¹ Оценка эффективности использования БАД «Менсе» у пациенток в комплексной терапии и профилактике рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей в климактерии. – Отчет о выполнении НИР. – ФГБОУ «Приволжский исследовательский медицинский университет», 2023.

² Ших Е. В. и др. Рациональная дотация микронутриентов как способ повышения качества жизни у пациенток с климактерическим синдромом // Медицинский Совет – 2017. – № 13 – С.104–109.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

ящее время остается одной из ключевых проблем здравоохранения. Согласно данным Международного общества по тазовой боли, ХТБ составляет 10% в структуре причин обращений к гинекологу, 20% от числа всех выполняемых лапароскопий и 10–18% – гистерэктомий. Зачастую регламентированное лечение ассоциированной с наружно-генитальным эндометриозом ХТБ, включающее монотерапию аГнРГ, недостаточно эффективно.

Результаты настоящего исследования подтвердили, что комбинированное лечение аГнРГ и препаратом Менсе продолжительностью до 6 месяцев снижает выраженность ХТБ, диспареунии и дисменореи у пациенток с эндометриозом. Полученные данные свидетельствуют, что препарат Менсе является эффективным средством при использовании в качестве дополнительного компонента к основной терапии эндометриоза аГнРГ.

Эффективность препарата Менсе была значительно более высокой к концу курса лечения по сравнению с началом применения, что выразилось в снижении количества приливов в течение суток в 2 раза по сравнению с монотерапией аГнРГ к концу 6-го месяца лечения.

В ходе исследования установлены высокая эффективность и безопасность препарата Менсе в терапии эндометриоз-ассоциированной тазовой боли и ряда симптомов климактерического синдрома, возникающего на фоне консервативной терапии аГнРГ. Комбинированная терапия аГнРГ и Менсе продолжительностью до 6 месяцев обеспечивала снижение выраженности болевого синдрома и облегчение симптомов, устойчивое улучшение качества жизни и сексуальной функции пациенток, прежде всего за счет повышения увлажненности слизистых вульвы и влагалища, сниженной в результате терапии аГнРГ. Также достигнут высокий уровень удовлетворенности и комплаентности пациенток.

Заключение

Применение препарата Менсе в комбинации с основной терапией аГнРГ приводит к комплексному облегчению течения климактерического синдрома, а именно снижению выраженности вазомоторных симптомов, приливов, проявлений тревоги и депрессии (при оценке по шкале Грина). Большинство данных эффектов проявляются к концу 6-го месяца лечения, что свидетельствует о продолжительном эффекте препарата Менсе, а также о достижении кумулятивной дозы.

Литература

1. Baber R.J., Panay N., Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19 (2): 109–150.
2. Chauhan S., More A., Chauhan V., Kathane A. Endometriosis: a review of clinical diagnosis, treatment, and pathogenesis. *Cureus*. 2022; 14 (9): e28864.
3. Harada T., Momoeda M., Taketani Y. et al. Dienogest is as effective as intranasal buserelin acetate for the relief of pain symptoms associated with endometriosis – a randomized, double-blind, multicenter, controlled trial. *Fertil. Steril.* 2009; 91 (3): 675–681.
4. Neves-E-Castro M., Birkhauser M., Samsioe G. et al. EMAS position statement: the ten point guide to the integral management of menopausal health. *Maturitas*. 2015; 81 (1): 88–92.
5. Nakamura K., Morrison S.F. A Thermosensory pathway mediating heat-defense responses. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2010; 107 (19): 8848–8853.
6. Horie S., Harada T., Mitsunari M. et al. Progesterone and progestational compounds attenuate tumor necrosis factor alpha-induced interleukin-8 production via nuclear factor kappa B inactivation in endometriotic stromal cells. *Fertil. Steril.* 2005; 83 (5): 1530–1535.
7. Navarro V.M. Interactions between kisspeptins and neurokinin B. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2013; 784: 325–347.
8. Becker C.M., Bokor A., Heikinheimo O. et al.; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum. Reprod. Open*. 2022; 2022 (2): hoac009.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Gynecology. Management of symptomatic uterine leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. *Obstet. Gynecol.* 2021; 137 (6): e100–e115.
10. Hornstein M.D., Surrey E.S., Weisberg G.W., Casino L.A. Leuprolide acetate depot and hormonal add-back in endometriosis: a 12-month study. *Lupron Add-Back Study Group. Obstet. Gynecol.* 1998; 91 (1): 16–24.
11. Orwoll E.S., Yuzpe A.A., Burry K.A. et al. Nafarelin therapy in endometriosis: long-term effects on bone mineral density. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1994; 171 (5): 1221–1225.
12. Доброхотова Ю.Э., Хашукоева А.З., Носова Л.А. и др. Применение комплексного негормонального препарата для коррекции климактерических расстройств у женщин с постгистерэктомическим синдромом и хирургической менопаузой в возрасте 46–55 лет. *Актуальные вопросы женского здоровья*. 2025; 1: 8–13.
13. Wu G., Bersinger N.A., Mueller M.D., von Wolff M. Intra-follicular inflammatory cytokines but not steroid hormone concentrations are increased in naturally matured follicles of women with proven endometriosis. *J. Assist. Reprod. Genet.* 2017; 34 (3): 357–364.
14. Kim J.E., Cho J., Kwon O. et al. Effect of Guizhifulingwan (Keishibukuryogan) on climacteric syndrome: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*. 2017; 18 (1): 135.
15. Hansen K.E., Brandsborg B., Kesmodel U.S. et al. Psychological interventions improve quality of life despite persistent pain in endometriosis: results of a 3-armed randomized controlled trial. *Qual. Life Res.* 2023; 32 (6): 1727–1744.
16. Cofini V., Muselli M., Petrucci E. et al. Factors associated with chronic pelvic pain in women with endometriosis: a national study on clinical and sociodemographic characteristics, lifestyles, quality of life, and perceptions of quality of care, during the COVID-19 pandemic. *Womens Health (Lond.)*. 2024; 20: 17455057241227361.
17. Gardella B., Dominoni M., Gritti A. et al. Endometriosis pain and epithelial neutrophil activating peptide-78 levels. *Sci. Rep.* 2022; 12 (1): 3227.