

DOI: 10.52705/2788-6190-2025-4-12  
УДК 618.1-007.415-030:303.022:314.47

# Особливості якості життя у жінок з генітальним ендометріозом

Н. П. Сухоставець

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

**Мета дослідження:** оцінити якість життя у жінок з генітальним ендометріозом. **Матеріали та методи.** У дослідження було включено 90 пацієнток віком від 18 до 45 років (середній вік –  $30,8 \pm 0,4$  року) із зовнішнім генітальним ендометріозом. Усім пацієнткам проводили загальноклінічне обстеження – вивчали анамнез захворювання, скарги пацієнток з оцінюванням гінекологічного статусу. Якість життя пацієнток оцінювали за допомогою загального опитувальника SF-36 (Health Status Survey), оригінального, розробленого опитувальника «Якість життя пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом».

**Результати.** При дослідженні якості життя у пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом було виявлено три основних специфічних параметра шкали: больовий синдром, емоційний стан, безпліддя. Досягнення позитивного або негативного ефекту одного з цих параметрів, сприяло поліпшенню або погіршенню показників інших складових – самооцінка якості життя, фізична працездатність, соціальна роль, які дають можливість всесторонньо оцінити стан здоров'я жінки. З урахуванням отриманих даних можна запропонувати міфепристон в клінічну практику як ад'ювантну терапію зовнішнього генітального ендометріозу у жінок репродуктивного віку, в яких є хоч би одна з ознак цього захворювання. **Висновки.** Оцінка якості життя пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом дозволяє визначити сфери життєдіяльності, що вимагають корекції в післяопераційному періоді та аналізу ефективності лікування.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, якість життя, особливості.

Зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ) – одна з найбільш актуальних проблем у гінекології. Частота ЗГЕ становить до 10–15% у загальній популяції, 25–30% – у жінок з безпліддям і 80% – у пацієнток із синдромом хронічного тазового болю [1–3]. Незважаючи на численність досліджень, етіологія, патогенез і лікування даного захворювання продовжують залишатися предметом наукових дискусій.

Оптимальним на сьогодні є комплексне лікування ЗГЕ – поєднання хірургічної і медикаментозної терапії [4–6]. Найчастіше серед медикаментозних препаратів у складі комплексного лікування ЗГЕ використовують аналоги гонадотропін-рилізінг-гормону (аналоги ГНРГ) [7–10].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій щодо проблеми генітального ендометріозу, не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо в аспекті оцінки якості життя цих жінок.

**Мета дослідження:** оцінювання якості життя у жінок з генітальним ендометріозом.

**Перинатологія та репродуктологія:** від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 90 жінок із ЗГЕ віком від 18 до 45 років (середній вік становив  $30,8 \pm 0,4$  року), які були розподілені на групи.

Більшість пацієнток були віком від 30 до 35 років (42,2%), з однорідними скаргами, локалізацією ЗГЕ, характером виконаних оперативних втручань.

Під час аналізу показань для оперативного лікування статистично достовірних відмінностей між трьома групами не було. Більшість жінок 65 (72,3%) мали поєднані показання до хірургічного лікування ЗГЕ:

- больовий синдром,
- тривале безпліддя,
- багатовчисельні спроби консервативного лікування.

Пацієнткам I і II груп першим етапом лікування була виконана органозберігаюча операція лапароскопічним доступом з подальшою ад'ювантною терапією протягом 3 міс.

До III групи (групи контролю) увійшли 30 пацієнток, прооперованих з приводу ЗГЕ, без подальшої медикаментозної терапії.

Для уточнення поширеності ЗГЕ було проведено ретроспективний аналіз скарг, анамнезу, репродуктивної функції у 60 жінок (IV група), прооперованих з приводу цього захворювання. Для порівняльного аналізу, визначення оцінки якості життя пацієнток із ЗГЕ, нами були опитані 30 соматично здорових жінок (V група) з реалізованого репродуктивною функцією, що не мали в анамнезі оперативних втручань на органах черевної порожнини.

*Основні критерії включення пацієнток у дослідження:*

- наявність діагнозу ЗГЕ (підтвердженим хірургічним/гістологічним методами),
- наявність хоч однієї з ознак ЗГЕ (безпліддя, больовий синдром, дисменорея),
- жінки, що бажають зберегти репродуктивну функцію.

*Критерії виключення з дослідження:*

- підвищена чутливість або індивідуальна непереносимість компонентів використовуваних препаратів;
- жінки, які мають гострі або хронічні запальні (у стадії загострення) захворювання малого таза;
- паралельна участь пацієнтки в іншому аналогічному дослідженні.

Усім пацієнткам проводили загальноклінічне обстеження – вивчали анамнез захворювання, скарги пацієнток з оцінкою гінекологічного статусу. Якість життя пацієнток оцінювали за допомогою загального опитувальника SF-36 (Health Status Survey) і оригінального, розробленого опитувальника «Якість життя пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом».

Достовірність отриманих за загальними параметрами показників проводили з використанням опитувальника SF-36 за допомогою кореляційного аналізу з показниками опитувальника «Якість життя пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом».

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з поставленою, метою у дослідженні порівняно якість життя пацієнток при ЗГЕ із соматично здоровими жінками.

Найбільші відмінності, а отже, і вища чутливість відзначені за специфічними параметрами: больовий синдром ( $28,9 \pm 3,45$  бала); емоційний стан ( $16,6 \pm 1,1$  бала), безпліддя ( $10,3 \pm 0,6$  бала) (табл. 1).

Таблиця 1

**Якість життя у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом, бали**

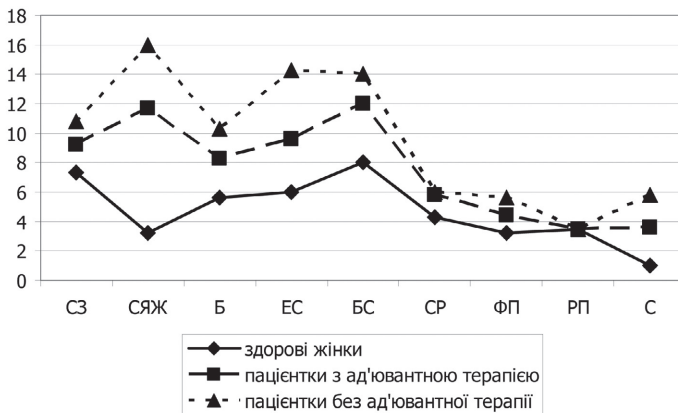
| Параметри шкали                        | Контрольна група (n = 30) | Пацієнтки із ЗГЕ (n = 90) |
|----------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Больовий синдром (БС)                  | 8,0±0                     | 28,9±3,45*                |
| Емоційний стан (ЕС)                    | 6,1±0                     | 16,6±1,1*                 |
| Безпліддя (Б)                          | 5,3±0,1                   | 10,3±0,6                  |
| Самооцінка здоров'я (СЗ)               | 7,3±1,1                   | 7,8±2,3*                  |
| Самооцінка якості життя (СЯЖ)          | 3,2±1,0                   | 4,6±0,2                   |
| Соціальна роль (СР)                    | 4,3±1,0                   | 9,7±0,2                   |
| Фізична працездатність (ФП)            | 3,2±0,2                   | 5,3±1,3                   |
| Розумова працездатність (РП)           | 3,2±0,4                   | 4,1±1,2                   |
| Сексуальність (С)                      | 1,1±0,1                   | 3,1±0,3*                  |
| Фінансові питання лікування (ФІН)      | 1,5±0,1                   | 3,9±1,0**                 |
| Емоційні переживання від операції (ЕП) | 1,0±0                     | 3,3±0,7*                  |

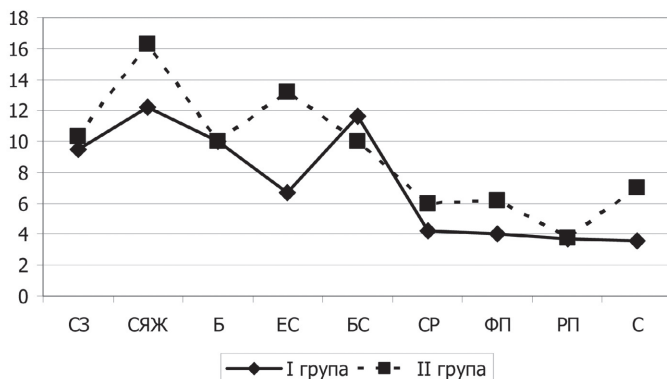
Примітки: достовірність відносно контрольної групи \* –  $p < 0,001$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\* –  $p < 0,05$ .

Якість життя у пацієнок, які отримували комбіновану терапію, через 1 рік після закінчення лікування значно вище порівняно з пацієнтками, що перенесли лише оперативне втручання.

У 14 пацієнок, які отримували ад'ювантну терапію, настали вагітності, що сприятливим чином позначилося на значенні параметра Б (безпліддя), який знизився до 8,3 бала. У пацієнок III групи (без ад'ювантної терапії) параметр Б мав лише тенденцію до зниження, що пов'язано з настанням вагітності в 1 пацієнтки, яка страждала на безпліддя, та становило 10,3 бала.

Параметр БС (больовий синдром) також значно знизився (до 11,7 бала) у пацієнок, що приймали ад'ювантну терапію (рис. 1).

**Рис. 1. Якість життя пацієнок через 1 рік після лікування**



**Рис. 2. Якість життя пацієнток I і II груп на тлі ад'ювантної терапії.**

У ході роботи було виявлено, що на тлі прийому міфепристону якість життя пацієнток із ЗГЕ вища, ніж у пацієнток, які приймали гозерелін, найімовірніше за рахунок відсутності виражених побічних ефектів антигестагену. Особливо це стосується параметра ЕС (емоційний стан), яке у пацієнток I групи становило 6,7 бала, а у жінок II групи – 13,2 бала (рис. 2).

Результати цього наукового дослідження свідчать, що міфепристон за клінічною ефективністю порівнянний з гозереліном у складі комбінованого лікування, на початкових стадіях захворювання (I–II ст.), проте вираженість побічних ефектів антигестагену в 4,5 разу нижче, ніж в аналогів ГНРГ, де тяжкість побічних ефектів пов'язана з розвитком гіпоестрогенемії. Тому при початкових стадіях захворювання з успіхом можна застосовувати міфепристон, а при поширенні процесу перевагу слід віддавати гозереліну (клінічно ефективніший), хоча міфепристон переноситься краще.

Отже, при дослідженні якості життя у пацієнток із ЗГЕ було виявлено три основних специфічних параметра шкали:

- больовий синдром (БС),
- емоційний стан (ЕС),
- безпліддя (Б).

Досягнення позитивного або негативного ефекту одного з цих параметрів, сприяло поліпшенню або погіршенню показників інших складових – самооцінка якості життя (СЯЖ), фізична працездатність (ФП), соціальна роль (СР), які дають можливість всесторонньо оцінити стан здоров'я жінки. З урахуванням отриманих даних можна запропонувати міфепристон в клінічну практику як ад'ювантна терапія ЗГЕ у жінок репродуктивного віку, в яких є хоч би одна з ознак даного захворювання.

## ВИСНОВКИ

Оцінка якості життя у пацієнток із ЗГЕ дозволяє визначити сфери життєдіяльності, що вимагають корекції в післяопераційному періоді та оцінити ефективність лікування.

## Women have features of quality of life with genital endometriosis. N. P. Sukhostavets'

**The objective:** to estimate quality of life for women with genital endometriosis.

**Materials and methods.** In research 90 patients were plugged in age from 18 to 45 years (middle age of  $30,8 \pm 0,4$ ) with external genital endometriosis.

General clinical inspection was conducted all patients – studied anamnesis of disease, complaint of patients with the estimation of gynaecological status. Quality of life of patients was estimated by a general questionnaire SF-36 (Health Status Survey), and original, developed questionnaire «Quality of life of patients with external genital endometriosis».

**Results.** At research of quality of life for patients with external genital endometriosis, it was discovered 3 basic specific parameter of scale: pain syndrome, emotional state, infertility, achievement of one positive or negative effect of these parameters, drew an improvement or worsening of indexes of other constituents is a self-appraisal of quality of life, physical capacity, social role, which enable comprehensively to estimate the state of health of woman.

Taking into account findings it is possible to offer mifepristone in clinical practice as adjuvant therapy of external genital endometriosis for the women of reproductive age, in which is even one of signs of this disease.

**Conclusions.** The estimation of quality of life for patients with external genital endometriosis allows to define the spheres of vital functions, which require a correction in a postoperative period and to estimate efficiency of in-use treatment.

**Keywords:** *genital endometriosis, quality of life, feature.*

### Відомості про автора

Сухоставець Наталія Петрівна – Сумський державний університет МОН України  
ORCID: 0000-0002-2132-5037; e-mail: n.sukhostavec@gmail.com

### Information about the author

Sukhostavets' Natalia P. – Sumy State University MES of Ukraine  
ORCID: 0000-0002-2132-5037; e-mail: n.sukhostavec@gmail.com

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- McQueen D. Intersectoral governance for health in all policies / D. McQueen [et al.]. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023. – 221 p.
- Froeling V. Change in health-related quality of life and change in clinical symptoms after uterine artery embolization in patients with symptomatic adenomyosis uteri – evaluation using a standardized questionnaire / V. Froeling, C. Scheurig-Muenkler, I.G. Steffen [et al.] // Rofo. – 2023. – No 184 (1). – P. 48-52.
- Ринда Ф.П. Впровадження політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» в державні програми з охорони здоров'я населення України / Ф.П. Ринда, М.О. Крисько // Україна. Здоров'я нації. – 2022. – №1 (21). – С. 90-4.
- Johnson N. Consensus on current management of endometriosis / N. Johnson, L. Hummelshoj // Hum Reprod. – 2023. – No 28. – P. 1552-68.
- Huhtinen K. Pathogenesis of endometriosis / K. Huhtinen, A. Perheentupa, M. Poutanen [et al.] // Duodecim. – 2022. – Vol. 127, No 17. – P. 1827-35.
- Корчинська О.О. Ендометріоз як одна із сучасних проблем у гінекології та акушерстві (аналітичний огляд наукової літератури) / О.О. Корчинська, А.М. Маштега, У.В. Волошина [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2021. – №2 (34). – С. 104-15.
- Baraño R.I. Thinking about Endometriosis / R.I. Baraño // SAEGRE Magazine. – 2022. – Vol. XXII, No 1. – P. 6-9.
- Jacobsen L.J. Results of conventional and hysteroscopic surgery / L.J. Jacobsen // Human Reproduction. – 2023. – Vol. 12. – P. 1376-81.
- Gordts S. Pathogenesis of deep endometriosis / S. Gordts, P. Koninckx, I. Brosens // Fertil Steril. – 2024. – No 108 (6). – P. 872-85.
- Duffy J.M. Laparoscopic surgery for endometriosis / J.M. Duffy, K. Arambage, F.J. Correa [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2023. – P. 4-8.

**Перинатологія та репродуктологія:** від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice