

УДК 616-055.2:618.11:611.664

© О. П. Гнатко, М. В. Самойлова, 2012.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЯЄЧНИКІВ

**О. П. Гнатко, М. В. Самойлова***Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. – професор О. П. Гнатко), Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ.*

### ESTIMATION OF LIFE QUALITY IN WOMEN WITH OVARY ENDOMETRIOSIS

**O. P. Gnatko, M. V. Samoylova**

#### SUMMARY

Endometriosis is a wide-spread pathology which affect from 8 to 15% of reproductive aged women causing reproductive function failure, invalidism, inferiority complex. In the study the level of women with different stages of ovary endometriosis life quality was estimated according to the standard questionnaire SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey). Disorders in physical and social activities, general and mental health, pain level and viability were investigated.

### ОЦЕКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

**Е. П. Гнатко, М. В. Самойлова**

#### РЕЗЮМЕ

Эндометриоз – это широко распространенное заболевание, поражающее от 8 до 15% женщин репродуктивного возраста, является причиной нарушения репродуктивной функции, инвалидизации, потери чувства полноценности. В работе проведено исследование уровня качества жизни женщин с разными степенями распространения эндометриоза яичников согласно стандартному опроснику SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey). Оценен уровень физической и социальной активности, общего и духовного здоровья, уровень болевого синдрома и жизнеспособности.

**Ключові слова: ендометріоз яєчників, якість життя.**

Ендометріоз – одна з найбільш загадкових та невіршених проблем сучасної гінекології. Актуальність проблеми зумовлена значною розповсюдженістю ендометріюїдної хвороби, а також доведеною етіопатогенетичною складовою генітального ендометріозу в 30-40% випадків жіночої неплідності [2, 5]. В структурі гінекологічної патології ендометріоз займає третє місце після запальних захворювань жіночих статевих органів та фіброміоми матки. Сьогодні ендометріоз перестає бути тільки медичною проблемою, він набуває вагомого соціального значення, бо призводить до порушення репродуктивної функції, інвалідизації, зниження якості життя та втрати відчуття повноцінності у найбільш активної частини жіночого населення.

В останні роки в економічно розвинених країнах, де більшій частині населення доступні основні матеріальні блага, широко використовується поняття «якість життя», але до останнього часу цей термін не має чіткого загальноприйнятого визначення.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВОЗ) в 1999 році запропонувала розглядати

якість життя як оптимальний стан та ступінь сприйняття окремими людьми та населенням в цілому того, як задовольняються їх потреби (фізичні, емоційні, соціальні тощо), які виникають можливості щодо досягнення благополуччя та самореалізації [6, 8]. В останній час це визначення дещо змінилось, скоріш за формою, ніж за змістом, та прийняло наступне звучання: «якість життя – це сприйняття індивідумом його положення в житті та контексті культури та системи цінностей, в яких він існує, та у зв'язку з цілями, очікуваннями, стандартами та інтересами цього індивідуума».

Всесвітньою організацією охорони здоров'я проведена велика дослідницька робота щодо визначення основних критеріїв якості життя людини (табл. 1.) Слід зазначити, що структура якості життя базується на трьох основних компонентах: умови життя, або об'єктивна, незалежна від самої людини сторона його життя (природне, соціальне середовище), спосіб життя, тобто суб'єктивна, створювана самою людиною сторона життя (дозвілля, духовність), задоволення умовами та способом життя [7].

Критерії та складові якості життя людини

Критерії	Складові
Фізичні	Сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок
Психологічні	Позитивні емоції, мислення, вивчення, розуміння, концентрація уваги, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання
Рівень самостійності	Повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків та лікування
Суспільне життя	Приватні стосунки, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність
Оточуюче середовище	Благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність та якість медичного та соціального обслуговування, доступність інформації, можливість освіти та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія (забруднення, шум, населеність, клімат і т.і.)
Духовність	Релігія, особисті переконання

В медицині, перш за все, розглядають якість життя, пов'язану зі здоров'ям, що дозволяє вивчити яким способом і якою мірою саме захворювання та його лікування впливають на показники якості життя людини, оцінюючи всі складові здоров'я – фізичне, психологічне та соціальне функціонування. Оцінка якості життя в останні роки стала широко використовуватися в сучасній системі охорони здоров'я та дозволила розширити можливості стандартизації методів лікування, експертизи нових методів лікування згідно міжнародно прийнятих критеріїв, забезпечення повноцінного моніторингу стану хворого з врахуванням первинних та віддалених результатів лікування, проведення медико-соціальних популяційних досліджень з виділенням груп ризику, розробки фундаментальних принципів паліативного лікування, забезпечення динамічного нагляду за групами ризику та оцінки ефективності профілактичних програм, економічного обґрунтування методів лікування. Дослідження якості життя є універсальним високоінформативним інструментом визначення ефективності системи надання медичної допомоги, дає її повну оцінку на рівні головного споживача – пацієнта. В зв'язку з різними проявами ендометріозу та варіантами ендометріодних вогнищ, нез'ясованістю механізмів розвитку ендометріозу в яєчниках та ретроцервікальній зоні, направленістю лікування симптомів при даному захворюванні (непліддя, дисфункція або тазовий біль) лікувальна тактика не однозначна. На сьогоднішній день більшість досліджень відносно ефективності лікування ендометріозу відносяться до відновлення репродуктивної функції або зниження больового синдрому, але, до того ж, у значної частини жінок з ендометріозом в процес залучаються тазові органи, а в деяких випадках виникає ендометріодний рак. Тому ефект лікування передбачає не тільки відновлення репродуктивної функції, але і профілактику поширених форм ендометріозу, які вимагають виконання радикальних операцій, поліпшення якості життя жінок, особливо репродуктивного віку [3, 4].

Мета дослідження – визначити рівень якості життя жінок з різними формами ендометріозу яєчників для розробки оптимальної лікувально-реабілітаційної тактики.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для оцінки якості життя проведено анкетування 103 жінок з встановленим діагнозом ендометріозу яєчників, які були розподілені на групи в залежності від стадії захворювання відповідно до класифікації ендометріодних кіст яєчників [1] і поширеності патологічного процесу: I групу склали 51 (49,5%) жінки з 1 та 2 стадіями процесу, II групу – 52 (50,0%) жінки з 3 та 4 стадіями розповсюдження патологічного процесу. Контрольну групу склали 30 здорових жінок.

Всім жінкам було проведено загальне клінічне, лабораторне обстеження; сонографічне дослідження органів малого тазу проводили на ультразвуковому апараті «ALOKA-SSD-1700» (Японія) з використанням вагінального датчика (7,5 МГц). Діагноз захворювання верифікований на основі ендоскопічних даних та результатів гістологічного дослідження.

Для анкетування хворих було використано стандартний опитувальник SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey), що має широке використання в медичних галузях провідних країн світу. Його залучення пов'язане з тим фактом, що опитувальник є загальним, може використовуватися для різних клінічних нозологій і, виявляючи показник якості життя хворих, дозволяє порівнювати його з показником якості життя у здоровій популяції. SF-36 дозволяє проводити опитування респондентів віком від 14 років і, маючи високу чутливість, він є досить коротким, що робить його використання доступним, ефективним та зручним.

Критеріями якості життя згідно SF-36 є фізична активність (PF), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP), біль (BP), загальне здоров'я (GH), життєздатність (VT), соціальна активність (SF), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE), психічне здоров'я (MH). Отримані в результаті опитування дані були піддані статистичній обробці.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених жінок становив в I групі –  $28,9 \pm 2,3$  роки, в II групі –  $34,5 \pm 3,2$  роки. Згідно до віку, професійної діяльності, супутньої гінекологічної та екстрагенітальної патології, жінки контрольної та основних груп були репрезентативними. Характеристика професійної діяльності обстежених жінок не мала суттєвої різниці в групах і структурно виглядала наступним чином: службовці в I групі становили 15 (29,4%), в II групі – 16 (30,8%), робітниця – 11 (21,6%) та 12 (23,1%) відповідно, домогосподарки – 14 (27,5%) та 10 (19,2%) і підприємці – 11 (21,6%) та 14 (26,9%). Аналіз скарг обстежених пацієнок показав, що основними скаргами були наявність болювого синдрому різної інтенсивності у 79,6%, менометроррагії – у 67,0%, диспареунія – 68,9%, порушення функції кишечника – у 54,4%, сечовидільної системи – у 28,2%. Слід зазначити, що в II групі частіше переважали скарги на болювий синдром та порушення функції суміжних органів, анемію. Перші симптоми захворювання з'явилися у пацієнок протягом 4-5 років. Раніше гормонотерапію не отримували 8,7% жінок, 13,6% пацієнок отримували короточасні курси (3-6 місяців) гормонотерапії.

Жінки I групи мали невеличкі ендометріодні утворення на поверхні яєчників, очеревині позадматкового простору без утворення кістозних порожнин або ендометріодну кісту одного яєчника розміром не більше 5-6 см, у частини з них відмічені ендометріодні вклучення на очеревині малого тазу. Визначені клініко-морфологічні картини відповідали 1-2 стадії процесу.

У пацієнок II групи в 38,5% випадків відмічались ендометріодні кісти обох яєчників,

діаметр яких не був однаковим (кісти одного яєчника більше 5-6 см і невелика ендометріома іншого). Поряд з цим, на серозному покритті матки, маткових труб та на паріетальній очеревині могли бути ендометріодні гетеротопії невеликих розмірів. У 48,0% випадків у жінок II групи відмічався значний злуковий процес в ділянці додатків матки, у 11,0% випадків до злукового процесу залучався частково кишечник. У 16 (30,8%) жінок мали місце двосторонні ендометріодні кісти великих розмірів (більше 6 см) з переходом патологічного процесу на суміжні органи: сечовий міхур, пряму та сигмоподібну кишку на тлі поширеного злукового процесу.

Міжгрупове порівняння результатів тесту SF-36 показало, що II група мала не тільки більш тяжку клінічну картину захворювання у порівнянні з I групою, але й більш низьку ступінь задоволення життям в цілому. Хворих турбували загальний стан здоров'я ( $57,8 \pm 3,2$  балів), фізичне функціонування ( $59,2 \pm 1,6$  балів), наявність болі як перешкоди у фізичній активності ( $51,6 \pm 2,7$  балів), незадоволення своїм емоційним станом ( $43,2 \pm 3,1$  балів).

Заслугує на увагу той факт, що показник вираженості болювого синдрому у жінок I і II груп не мав достовірної різниці –  $65,2 \pm 1,2$  балів та  $64,3 \pm 2,5$  балів відповідно.

У жінок II групи показники психічного здоров'я та ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності значно нижчі, ніж у жінок I групи ( $64,7 \pm 2,2$  балів та  $52,7 \pm 1,8$  балів та  $43,2 \pm 2,1$  балів та  $45,3 \pm 2,6$  балів відповідно). Особливо низько ці показники оцінювали жінки, у яких ендометріоз яєчників супроводжувався безпліддям.

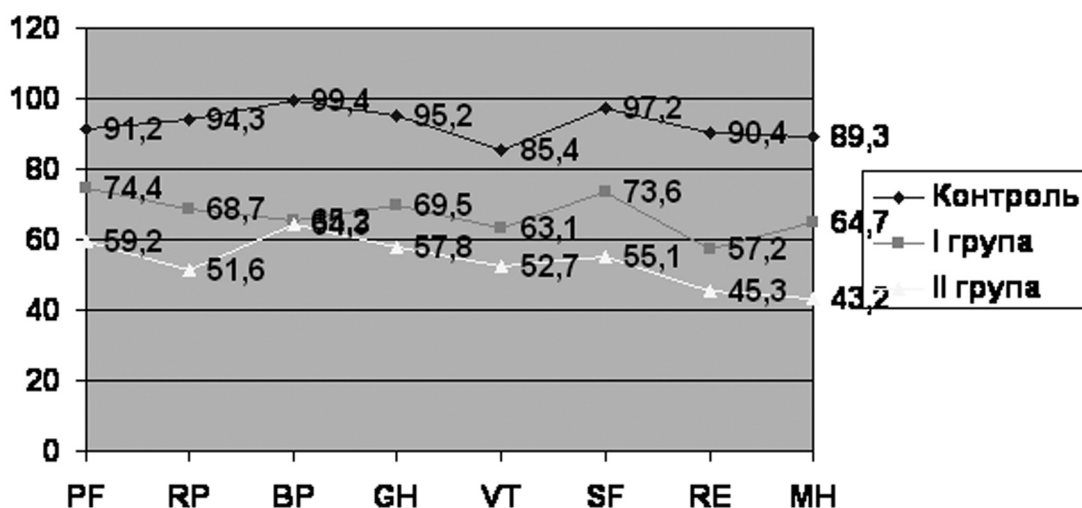


Рис. 1. Порівняння показників якості життя жінок з ендометріозом яєчників.

Аналізуючи рівень якості життя у жінок з ендометріозом яєчників з різним ступенем поширеності патологічного процесу, слід зазначити, що самий низький рівень якості життя мають пацієнтки з більш поширеними стадіями ендометріозу яєчників, що найчастіше пов'язано з наявністю фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності та погіршенні психічного здоров'я.

#### ВИСНОВКИ

1. Оцінка якості життя є надійним, інформативним та економічним методом, що дозволяє охарактеризувати показники здоров'я пацієнта як на груповому, так і на індивідуальному рівнях.

2. Генітальний ендометріоз суттєво знижує показники якості життя хворих жінок, як фізичні, так і психологічні.

3. Показник больового синдрому та його впливу на фізичну активність жінок з I-II стадіями захворювання не значно відрізняється від таких у жінок з III-IV стадіями, що свідчить про факт, що навіть малі форми генітального ендометріозу можуть супроводжуватися вираженими болями і впливати на працездатність.

4. Показник психічного здоров'я значно нижчий у жінок другої групи, особливо низько цей показник оцінювали жінки, у яких захворювання супроводжувалось непліддям.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение :

методическое пособие для врачей / Л. В. Адамян, Е. И. Андреева. – М., 2001. – 38 с.

2. Адамян Л. В. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза / Л. В. Адамян, Е. И. Андреева // Гинекология. – 2005. – № 8. – С. 21–28.

3. Баскаков В. П. Эндометриодная болезнь / Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф. –СПб. : ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.

4. Кира Е. Ф. Перспективы использования качества жизни гинекологических больных / Е. Ф. Кира, В. Ф. Беженарь, Н. Н. Рухляда // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Т. XLVIII, Вып. 1. – С. 59–63.

5. Эндометриодная болезнь: как избежать гипердиагностики и ятрогении? / В. В. Каминский, Е. Н. Борис, А. А. Суханова [и др.] // Doctor. – 2006. – № 5 (35). – С. 2–7.

6. Jiang Y. Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 Behavioral Risk Factor Survey / Y. Jiang, J. E. Hesser // Health Qual. Life Outcom. – 2006. – Vol. 4. – P. 14–18.

7. Retest reliability of surveillance questions on health related quality of life / E. M. Andersen, T. K. Catlin, K. W. Wyrwich [et al.] // J. Epidemiol. Commun. Health. – 2003. – Vol. 57 (3). – P. 339–343.

8. Testa M. A. Methods for quality-of-life studies / M. A. Testa, J. F. Nackley // Annual Review of Public Health. – 1994. – Vol. 15. – P. 535–559.