



УДК 618:145 – 612.821.33

**ASSESSMENT OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS
WITH ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED INFERTILITY
ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗ-
АСОЦІЙОВАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ**

Kobylyanska I.A./Кобилянська І.А.

*Аспірант кафедри акушерства і гінекології №1
Одеський національний медичний університет
пров. Валіховський, 2, м.Одеса, 65000*

*Postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology №1
Odessa National Medical University*

Анотація. У роботі наведено результати оцінки психоемоційного стану та рівню стресостійкості у безплідних пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом. Усі пацієнтки для оцінки рівня тривоги та депресії користувалися опитувальником «Госпітальна шкала тривоги та депресії» HADS, що складається з 14 запитань та двох підшкал, для оцінки якості життя використано опитувальник за J. E. Ware і C. D. Sherbourne що містить 36 питань, які охоплюють 8 шкал та формують кількісну характеристику загального стану здоров'я. За даними госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, безплідні пацієнтки із зовнішнім генітальним ендометріозом перебувають у середньому в стані клінічно значущої тривоги та субклінічно вираженої депресії. Лікування причини безпліддя (ендометріозу) приводить до статистично достовірного зменшення тривоги та депресії за даними опитувальника HADS.

Показники якості життя у пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом після діагностики та корекції факторів безпліддя покращувались як щодо фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я, причому у основній групі показники були вищі, про що свідчать статистично значущі відмінності.

Ключові слова: зовнішній генітальний ендометріоз, безпліддя, психоемоційний стан, стресостійкість.

Вступ.

Останні роки суттєво доповнені знання про ендометріоз, але точна причина цієї хвороби залишається невідомою, і, незважаючи на спірність наукових обґрунтувань прямого зв'язку між безпліддям та ендометріозом, проте це клінічно доведено та підтверджується багатьма дослідженнями [1, р.460].

У даний час запропоновані варіанти лікування: медикаментозна терапія, хірургічне втручання та допоміжні репродуктивні технології. Варіанти медикаментозного лікування безпліддя у жінок з ендометріозом зосереджені на стимуляції розвитку фолікулів та овуляції або ж на пригніченні росту та розвитку вогнищ ендометріозу. Проте сама по собі медикаментозна терапія для лікування безпліддя, пов'язаного з ендометріозом, не має значення, тому пропонується хірургічне лікування на всіх стадіях хвороби [2, р.389-94; 3].

У найважчих випадках можливе медикаментозне лікування ендометріозу на протязі 3 міс. та наступне екстракорпоральне запліднення [2, р.389-94], чи без медикаментозної терапії [3], хоча всі дослідники й підкреслюють нижчу ймовірність успіху у жінок з пізніми стадіями ендометріозу.

Досліджено повідомлення про дослідження психоемоційного стану при лікуванні ряду захворювань, зокрема, стабільну стенокардію напруги та



гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу [4], артеріальної гіпертензії [5] тощо. Проте щодо лікування жінок з безпліддям, нами не віднайдено даних про дослідження психоемоційного стану жінок з ендометріомами яєчників, визначення зміни психоемоційного стану залежно від запропонованого способу лікування, що і обумовило актуальність дослідження, визначило мету та методи.

Мета роботи: оцінка психоемоційного стану та рівню стресостійкості у безплідних пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом.

Матеріали і методи.

Дослідження проводили на клінічній базі кафедри акушерства та гінекології №1 ОНМедУ, у ЦРВМ (УК) ОНМедУ та гінекологічному відділенні БМЦ ОНМедУ (м. Одеса). У дослідження було включено 130 жінок, 50 жінок основної групи з ендометріомами яєчників, яким було запропоновано авторський спосіб лікування, 50 жінок групи порівняння з ендометріомами яєчників, яким було проведено лікування відповідно до діючого протоколу, та контрольна група – 30 жінок, які проходили обстеження у репродуктивному центрі та звернулись через чоловічий фактор безпліддя у парі. Всі пацієнтки були комплексно обстежені відповідно до вимог чинних клінічних протоколів, регламентованих наказами МОЗ України №582 від 15.12.2003 та №676 від 31.12.2004.

Усі пацієнтки для оцінки рівня тривоги та депресії користувалися опитувальником «Госпітальна шкала тривоги та депресії» HADS, що складається з 14 запитань та двох підшкал, 7 запитань на виявлення депресії та 7 запитань на виявлення тривоги. Відповіді на кожне запитання пацієнтки оцінювали від 0 до 3 балів, загальний бал обраховували для кожної з підшкал окремо. При сумі балів в межах 0-7 балів – депресія (тривожність) відсутня, 8-10 балів – субклінічно виражена, понад 11 балів - клінічно значуща та виражена [5; 6, р.361-370]. Опитування проводилось при первинному огляді та через 24 міс. потому, після проведеного обстеження та лікування.

Для оцінки якості життя використано опитувальник за J. E. Ware і С. D. Sherbourne [7, р.473-475], що містить 36 питань, які охоплюють 8 шкал та формують кількісну характеристику загального стану здоров'я. Показники кожної шкали оцінюються в межах від 0 до 100, де 100 відповідає повному здоров'ю. Опитувальник містить наступні шкали:

1. фізичне функціонування (Physical functioning, PF);
2. рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-physical functioning, RF);
3. інтенсивність болю (Bodily pain, BP);
4. загальний стан здоров'я (General health, GH);
5. життєва активність (Vitality, VT);
6. соціальне функціонування (Social functioning, SF);
7. рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role emotional, RE);
8. психічне здоров'я (Mental health, MH).

Всі шкали оцінюють два показника якості життя – психічне і фізичне благополуччя (по чотири кожен), а більш високий показник вказує на вищий



рівень якості життя. Статистичний аналіз результатів дослідження виконано за допомогою програми Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результати та обговорення.

Вибірка була стандартизована за віковими та клінічними параметрами. Віковий склад: 22-39 років, середній вік – $30,5 \pm 8,5$ років. Групою порівняння були жінки без гінекологічної патології, середній вік – $28,6 \pm 3,5$ років.

Середня тривалість захворювання коливалась у межах від 2 до 7 років і в середньому склала $4,6 \pm 2,2$ років. Первинна безплідність зустрічалась у 76% хворих, а у 34% – вторинна безплідність.

З клінічних проявів захворювання найчастіше пацієнтки мали скарги на хронічні тазові болі у 62% пацієнток, дисменорею – у 56%, диспареунію – у 41%. Водночас, у 17% пацієнток (крім безпліддя) інші прояви захворювання були відсутні. Серед подружніх пар з чоловічим фактором безпліддя вказані скарги не були виявлені.

За отриманими даними, при первинному огляді середній показник основної групи жінок за субшкалою тривоги складала $9,2 \pm 1,1$ бали, тобто субклінічно виражена тривога, а за субшкалою депресії у цій же групі показник склав $8,5 \pm 1,3$ балів – субклінічно виражена депресія. У групі порівняння результати опитування не мали суттєвої різниці ($9,3 \pm 1,0$ бали за субшкалою тривоги та $8,4 \pm 0,9$ за субшкалою депресії). Водночас група контролю виявила практично нормальні показники психоемоційного стану ($7,1 \pm 0,8$ бали за субшкалою тривоги та $7,4 \pm 0,9$ за субшкалою депресії).

Після проведеного лікування через 24 міс. у основній групі відбулись позитивні зміни психоемоційного стану жінок. За субшкалою тривоги середній показник групи склав $7,9 \pm 0,8$ балів, за субшкалою депресії $6,9 \pm 0,6$ балів, що цілком відповідає визначенню «норма». У групі порівняння також помітні значні позитивні зміни – за субшкалою депресії результат отримано $7,5 \pm 0,6$ бали, а тривоги – $8,3 \pm 0,8$ бали. У групі контролю як при первинному обстеженні, так і через 24 місяці показники дослідження були у межах норми – $7,1 \pm 0,4$ бали за субшкалою тривоги при первинному огляді та $6,7 \pm 0,4$ через 24 місяці. За субшкалою депресії результати склали $7,4 \pm 0,6$ бали на початку дослідження та $6,4 \pm 0,6$ бали через 24 місяці.

Частотний розподіл результатів діагностики психоемоційного стану жінок основної та групи порівняння виявив, що 47,9% пацієнток мали субклінічно виражену тривогу та 46,6% – субклінічну депресію. Через 24 місяці ці показники змінились на 53,2% та 52,35% відповідно.

У групі порівняння результати були наступними: 44,1% пацієнток мали помірну виражену тривогу, 41,9% субклінічно виражену тривогу, 48,3% субклінічну депресію та 33,8% помірну депресію. Через 24 місяці субклінічну тривогу мало вже 47,2% та слабо виражену тривогу 32,1%. За субшкалою депресії субклінічні прояви мали 50,5% пацієнток, помірну депресію лише 25,7%.

Якість життя пацієнток при первинному опитуванні була наступною: загальний стан здоров'я – в середньому 77,2 балів у пацієнток з основної групи, 78,1 балів у групі порівняння та 76,8 серед опитуваних контрольної групи.



Через 24 місяці результати опитування змінилися на такі: в середньому 87,4 балів у пацієток з основної групи, 84,2 балів у групі порівняння та 81,1 жінок контрольної групи.

Фізичне функціонування було оцінено у 65,7 балів в основній групі, 66,0 у групі порівняння та 87,8 контрольній групі. Через 24 місяці цей параметр змінився так: 88,5 бали у основній групі та лише 78,4 бали у групі порівняння, а у контрольній групі незначні зміни, 88,6 бали.

У шкалах функціонування були значні зміни у обох групах, більш виразні в основній групі (рольове функціонування, зумовлене емоційним станом – з 57,2 до 84,2 у основній групі, з 57,0 до 77,8 у групі порівняння та з 71,4 до 74,6 у контрольній групі; соціальне функціонування – з 66,5 до 88,9 у основній групі, з 64,7 до 79,4 у порівняльній групі та з 72,6 до 83,3 у групі контролю).

Інтенсивність болю значно зменшилась у обох групах (з 78,4 до 34,5 в основній групі та з 79,2 до 44,1 в групі порівняння) та практично не змінилась, залишаючись низькою, у контрольній групі (з 11,5 до 11,1 бали).

Життєва активність значно підвищилась у основній групі (з 65,3 бали до 82,4) та групі порівняння (з 64,8 до 74,6 бали) та контрольній групі (77,8 та 81,3 бали відповідно).

Висновки.

За даними госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, безплідні пацієнтки із зовнішнім генітальним ендометріозом перебувають у середньому в стані клінічно значущої тривоги та субклінічно вираженої депресії. Лікування причини безпліддя (ендометріозу) приводить до статистично достовірного зменшення тривоги та депресії за даними опитувальника HADS.

Показники якості життя у пацієток із зовнішнім генітальним ендометріозом після діагностики та корекції факторів безпліддя покращувались як щодо фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я, причому у основній групі показники були вищі, про що свідчать статистично значущі відмінності.

Література:

1. Filip L, Duică F, Prădatu A, et al. Endometriosis Associated Infertility: A Critical Review and Analysis on Etiopathogenesis and Therapeutic Approaches. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(9):460. Published 2020 Sep 9. doi:10.3390/medicina56090460

2. Olive DL, Lindheim SR, Pritts EA. Endometriosis and infertility: what do we do for each stage? *Curr Womens Health Rep*. 2003 Oct;3(5):389-94. PMID: 12959697.

3. Tanbo T, Fedorcsak P. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Jun;96(6):659-667. doi: 10.1111/aogs.13082. Epub 2017 Jan 30. PMID: 27998009.

4. Хухліна ОС, Дрозд ВЮ Корекція психосоматичного стану хворих на стабільну стенкардію напруги та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу. *Ліки України*. 2019 №2(228): 45-51.



5. Корнацький В.М., Третяк І.В., Чаплинська Н.В. (2011) Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Укр. кардіол. журн., 3: 55–59.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 р. №1003 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» [інтернет]. [цитовано 25.12.2019 р.]; [Електронний ресурс]. Доступно на: <https://goo.gl/RiAKpA>

7. Zigmond A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta. Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – No. 67 (6). – P. 361–370.

8. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care 1992 Vol. 30 (6): 473–483.

References

1. Filip L, Duică F, Prădatu A, et al. Endometriosis Associated Infertility: A Critical Review and Analysis on Etiopathogenesis and Therapeutic Approaches. Medicina (Kaunas). 2020;56(9):460. Published 2020 Sep 9. doi:10.3390/medicina56090460

2. Olive DL, Lindheim SR, Pritts EA. Endometriosis and infertility: what do we do for each stage? Curr Womens Health Rep. 2003 Oct;3(5):389-94. PMID: 12959697.

3. Tanbo T, Fedorcsak P. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Jun;96(6):659-667. doi: 10.1111/aogs.13082. Epub 2017 Jan 30. PMID: 27998009.

4. Khukhlina OS, Drozd VІu Korektsiia psykosomatychnoho stanu khvorykh na stabilnu stenkardiiu napruhy ta hastroezofahealnu refluksnu khvorobu [Correction of psychosomatic condition of patients with stable stress angina and gastroesophageal reflux disease]. Liky Ukrainy. 2019 №2(228): 45-51.

5. Kornatskyū V.M., Tretiak I.V., Chaplynska N.V. (2011) Osoblyvosti emo- tsiynoho stanu patsiientiv z arterialnoiu hipertenziieiu [Features of the emotional state of patients with hypertension]. Ukr. kardiolog. zhurn., 3: 55–59.

6. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 25 hrudnia 2014 r. №1003 «Unifikovaniy klinichniy protokol pervynnoi, vtoryynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy «Depresiya (lehkiy, pomirniy, tiazhkiy depresyvni epizody bez somatychnoho syndromu abo z somatychnym syndromom, rekurentniy depresyvniy rozlad, dystymiia)» [internet] [Order of the Ministry of Health of Ukraine of December 25, 2014 No. 1003 "Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care" Depression (mild, moderate, severe depressive episodes without somatic syndrome or with somatic syndrome, recurrent depressive disorder, dysthymia)]. [tsytovano 25.12.2019 r.]; [Elektronnyū resurs]. Dostupno na: <https://goo.gl/RiAKpAZigmond> A. S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta. Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – No. 67 (6). – P. 361–370.

7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care 1992 Vol. 30 (6): 473–483.

Abstract. The study presents the results of assessing the psycho-emotional state and the level of stress resistance in infertile patients with external genital endometriosis. All patients used the HADS Hospital Anxiety and Depression Scale questionnaire to assess anxiety and depression, which consisted of 14 questions and two subscales, and the JE Ware and CD Sherbourne



questionnaire containing 36 questions covering 8 scales and form a quantitative characteristic of the general state of health. According to the HADS Hospital Anxiety and Depression Scale, infertile patients with external genital endometriosis are on average in a state of clinically significant anxiety and subclinically expressed depression. Treatment of the cause of infertility (endometriosis) leads to a statistically significant reduction in anxiety and depression according to the HADS questionnaire.

Quality of life in patients with external genital endometriosis after diagnosis and correction of infertility factors improved in both physical and psychological components of health, with higher rates in the main group, as evidenced by statistically significant differences.