

## ВПЛИВ ЕНДОМЕТРІОЗУ У ПОЄДНАННІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопіль, Україна

УДК 618.145-007.415-06:616.441-008:616.8-008]-055.2

А. В. Бойчук, О. Ю. Курило, О. І. Хлібовська

### ВЛИЯНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины», Тернополь, Украина

В исследование были включены 130 пациенток репродуктивного возраста с эндометриозом (ЭМ), которым проводилась органосохраняющая операция — консервативная кистэктомия, из них 80 пациенток, с нарушением функции щитовидной железы.

В ходе проведенного исследования установлено, насколько выраженное влияние осуществляет ЭМ на качество жизни. Так, в целом 3 (36,66 %) пациентки основной и 11 (27,5 %) — группы сравнения до лечения характеризовали качество жизни как низкое, тогда как только 5,0 % пациенток из контрольной группы давали подобную характеристику.

Применение оптимизированного лечебного комплекса с использованием агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов в послеоперационной коррекции гормонального дисбаланса положительно влияло на психоэмоциональные и вегетососудистые проявления, способствовало приближению уровня всех параметров качества жизни к контрольным, что позволило не только улучшить основные показатели гормонального гомеостаза, но и достичь восстановления репродуктивной функции пациенток.

Предложенная нами схема лечения ЭМ ранее не использовалась, и это открывает новые перспективы в профилактике развития гиперпластических процессов эндометрия, процентного роста возможных рецидивов, нерациональных оперативных вмешательств и, как следствие, в сохранение репродуктивного потенциала женщины.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, дисфункция щитовидной железы, качество жизни, психоэмоциональное состояние.

UDC 618.145-007.415-06:616.441-008:616.8-008]-055.2

A. V. Boychuk, O. Yu. Kurylo, O. I. Khlibovska

### INFLUENCE OF ENDOMETRIOSIS IN COMBINATION WITH DISORDERS OF THYROID PULMONARY FUNCTION ON PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN

State Pedagogical University "Ternopil State Medical University named after I. Ya. Gorbachevsky, Ministry of Health of Ukraine", Ternopil, Ukraine

According to the purpose and aims of the study, 130 patients of reproductive age with endometriosis (EM) were included in the study, which were carried out organ-saving surgery — a convex cystectomy, of which 80 patients with a violation of the function of the thyroid gland.

In the course of the investigation, the effect of EM on life of women was established. Thus, in the general group of 3 (36.66%) patients in the main group and 11 (27.5%) in the treatment comparison group, each life quality was considered as low, while only 5.0% of the control subjects had the similar one.

The use of an optimized treatment complex using gonadotropin releasing hormone (GHG) agonists in postoperative correction of hormonal imbalances has a positive effect on psychoemotional and vegetative-vascular manifestations, contributed to the approximation of the level of all parameters of the quality of life to the control indicators, which allowed not only to improve the basic indicators of hormonal homeostasis, but also to achieve restoration of reproductive function.

Our proposed treatment scheme for EM was not used, and it opens new prospects in the prevention of the development of hyperplastic processes of endometrium, their growth and the growth of the percentage of probable relapses and non-surgical operative interventions, and as a consequence, preserving the reproductive potential of a woman.

**Key words:** genital endometriosis, dysfunction of thyroid gland, quality of life, psychoemotional condition.

#### Вступ

У структурі гінекологічної захворюваності ендометріоз (ЕМ) посідає третє місце після запальних захворювань жіно-

чих статевих органів і міоми матки [1; 2]. Кількість хворих на зовнішній генітальний ЕМ становить 10–15 % у загальній популяції, 25–60 % серед жінок з безплідністю і 60–80 % з-поміж

хворих із синдромом тазового болю [5; 8]. Зовнішній генітальний ЕМ є медико-соціальною проблемою, тому що до нього схильні жінки молодого репродуктивного віку (21–40 років), а при вираженому ураженні геніталій він призводить до частоті



і тривалої непрацездатності та безплідності. Ендометріоз частіше виявляється у жінок інтелектуальної праці, з високим соціальним рівнем, великим емоційним напруженням, хронічним стресом, що живуть у несприятливих екологічних умовах і мають невелику кількість пологів [5; 2].

Наукові розробки останніх років вказують, що у жінок, хворих на ЕМ, частота настання вагітності значно нижча, ніж у здорових [1–3]. Для нормального функціонування практично всіх органів і систем, у тому числі репродуктивних, необхідний адекватний рівень тиреоїдних гормонів [1–6]. Опосередковану роль у розвитку ендометріозних вогнищ відводять дисфункції щитоподібної залози (ЩЗ) [5; 7]. Відхилення від фізіологічної секреції тиреоїдних гормонів, які є модуляторами дії естрогенів на клітинному рівні, можуть сприяти прогресуванню порушень гістої органогенезу гормоночутливих структур і формуванню ЕМ [1; 10].

**Метою** нашого дослідження було вивчення якості життя жінок, хворих на ендометріоз у поєднанні з дисфункцією щитоподібної залози та зниження частоти рецидивування на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

### **Матеріали та методи дослідження**

На першому етапі було проведено ретроспективний аналіз частоти та структури захворюваності на ЕМ за даними гінекологічних відділень лікувальних закладів Тернополя.

Відповідно до мети і завдань, із даної групи ризику у дослідження були включені 130 пацієнток репродуктивного віку із ЕМ, яким проводилась органозберігаюча опе-

рація — консервативна кістектомія, із них 80 пацієнток з порушенням функції ЩЗ.

У контрольну групу увійшли 20 пацієнток репродуктивного віку без супровідної гінекологічної та соматичної патології.

Усі обстежені були розділені на основну групу та групу порівняння. До основної групи увійшло 80 хворих із III–IV стадією ЕМ та патологією ЩЗ.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Основними скаргами в усіх трьох групах пацієнток із ЕМ на тлі дисфункції ЩЗ були больовий синдром (56–62,2 %), надмірні кров'янисті виділення (67–74,44 %) та порушення функції суміжних органів (32–35,55 %). Досліджувані групи до оперативного втручання не відрізнялися статистично значущо за окремими клінічними проявами, крім симптоматики кровотеч і больового фактора.

Визначення психоемоційного стану при ЕМ є досить актуальним, тому що проблема залишається не зовсім вивченою і до того ж потребує нових пошуків корекції задля покращання прогнозу та якості життя жінок із даною патологією.

Слід відмітити, що всі пацієнтки контрольної групи та відповідно основної групи та групи порівняння на момент обстеження перебували в шлюбі. Рівень освіти був значущим: майже половина жінок мали вищу освіту — 46,92 % (61 особа).

Тривожними розладами та схильністю до депресії можна пояснити високу частоту порушень сну більш як у половині жінок — 68 (52,30±4,52) % опитаних. При опитуванні у групі із ЕМ та порушеннями функції ЩЗ суб'єктивно психологічно здоровими вважали себе тільки 4 (4,44 %) жінки, решта мали психологічні розлади різного ступеня вираженості пограничного рівня. Після консультації психотерапевта і психолога соматизовані розлади бу-

ло зазначено у 27 (30,0 %) пацієнток, депресивний епізод середнього ступеня тяжкості — у 27 (30,0 %), іпохондричні розлади — у 4 (4,44 %) пацієнток, в поодиноких випадках відмічено тривалий післястресовий розлад, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, obsесивно-фобічний розлад, легкий депресивний епізод, неврастенію.

Таким чином, вивчення основних психосоматичних факторів показало більш високий рівень депресії та реактивної тривожності серед жінок основної досліджуваної групи, що є несприятливим психоемоційним фактором і потребує відповідної психокорекції.

Ендометріоз є найбільш частим захворюванням у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічних захворювань після запальних процесів органів малого таза, а відносно стерта симптоматика та неможливість реалізації репродуктивної функції призводять до значного зниження рівня якості життя таких пацієнток.

У цілому, якість життя пацієнток із ЕМ та порушеннями функції ЩЗ є значно нижчою, ніж у здорових жінок. Це погіршення залежить не тільки від болю, а й від емоційного стану, представленого, перш за все, тривожно-депресивними розладами. Одною з причин збереження болю, незадоволеності своїм станом здоров'я може бути відсутність терапії, що корелює метаболічні розлади та психотерапії.

Під час проведеного дослідження встановлено, наскільки виражений вплив здійснює ЕМ на якість життя жінок. Так, 3 (36,66 %) пацієнтки основної та 11 (27,5 %) групи порівняння до лікування характеризували якість життя як низьку, тимчасом як тільки 5,0 % пацієнток контрольної групи давали таку характеристику якості життя. Закономірно, що лише 8 (6,15 %) жінок із ЕМ обох груп характеризували якість свого



життя як високу. Для порівняння, високою якістю свого життя у контрольній групі вважали 8 (40,00 %) досліджуваних пацієнток. Найбільший ступінь невдоволеності життям досліджувані пацієнтки визначали у сфері загального здоров'я — 38 (29,23 %) випадків, дещо меншу — щодо професійної та фізичної активності — 29 (22,30 %), а також у емоційній сфері — 38 (29,23 %) випадків.

Виявлена пряма залежність показників загальної якості життя, а також у сфері здоров'я та емоцій від віку пацієнток.

Приєднання ускладнень підвищує рівень стресу, а необхідність оперативного оздоровлення є передумовою для психосоматичних порушень. Це створює додаткові фактори ризику для розвитку психосоціального дистресу у даній групі пацієнток. Однією з причин збереження болю, незадоволеності станом свого здоров'я може бути відсутність терапії, що корелює метаболічні розлади, й адекватної психотерапії та психокорекції.

Звертає на себе увагу те, що серед жінок контрольної групи питома вага високоосвічених осіб була вдвічі нижчою, ніж серед пацієнток обох досліджуваних груп ( $p < 0,05$ ).

3-поміж психоемоційних і вегетосудинних проявів у жінок обох досліджуваних груп найбільш часто відмічали швидку втомлюваність (74,44 %), порушення сну (87,7 %), дратівливість та зміну настрою (74,44 %), а у групі порівняння (72,5 %), крім того, у жінок із ожирінням переважали емоційна лабільність (91,11 %), тривожність (75,5 %) та депресивні прояви (76,66 %).

### Висновки

У жінок із ЕМ та порушеннями функції ЩЗ виявлена більш вагома психотривожна ситуація, яка визначає високий процент психоемоційних і вегетосудинних проявів, підвищує ак-

цент соматичних відчуттів, зокрема кардіалгії та масталгії, зі зростанням утричі частки помірно виражених та тяжких проявів тривожності (75,56 %) і депресивних станів (76,67 %), що призводять до зниження як фізичного, так і, значною мірою, психічного компонента якості життя. Застосування оптимізованого лікувального комплексу з використанням агоністів гонадотропін-рилізінг гормону та *Vitex agnus castus* BNO 1095 у післяопераційній корекції гормонального дисбалансу позитивно впливало на психоемоційні та вегетосудинні прояви, сприяло наближенню рівня всіх параметрів якості життя до показників контролю, що дозволило покращити основні показники гормонального гомеостазу та досягнути відновлення репродуктивної функції.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, дисфункція щитоподібної залози, якість життя, психоемоційний стан.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Адамьян Л. В., Андреева Е. Н. Клинико-генетические аспекты аденомиоза. *Акушерство и гинекология*. 2013. № 3. С. 38–43.
2. Аншига М. Б. Эндометриоз: вызов XXI века. *Проблемы репродукции*. 2011. № 1. С. 28–29.
3. Иммунокорректирующая терапия наружного генитального эндометриоза: метод. пособ. для врачей / М. И. Ярмолинская и др. Санкт-Петербург, 2007. 36 с.
4. Ищенко А. И., Кудрина Е. А. Эндометриоз. Диагностика и лечение. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2007. 104 с.
5. Чернуха Г. Е. Эндометриоз и хроническая тазовая боль: причины и последствия. *Проблемы репродукции*. 2011. № 5. С. 83–89.
6. Юренева С. В. Эндометриоз — заболевание «вне возраста» (от пубертатного периода до постменопаузы). *Проблемы репродукции*. 2011. № 4. С. 67–74.
7. Laparoscopic treatment of endometriosis / С. Meuleman et al. *Minerva Gynecology*. 2013. Vol. 65 (2). P. 125–142.
8. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries / К. Nnoaham et al. *Fertility and Sterility*. 2011. Vol. 96. P. 366–373.

9. Endometriomas in adolescents and young women / S. Ozyer et al. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2013. Vol. 26 (3). P. 176–179.

10. Paka C., Miller J., Nezhat C. Predictive factors and treatment of recurrence of endometriosis. *Minerva Gynecology*. 2013. Vol. 65 (2). P. 105–111.

### REFERENCES

1. Adamyan L.B., Andreeva E.N. Clinical-genetic aspects of adenomyosis. *Akusherstvo i ginekologiya* 2013; 3: 38-43.
2. Anshiga M.B. Endometriosis: challenge of XXI century. *Problemy reproduktivnoy meditsiny* 2011; 1: 28-29.
3. Yarmolinskaya M.I. et al. Immunocorrection therapy of external genital endometriosis. Method. guide for doctors. SPb., 2007. 36 p.
4. Ishenko A.I., Kudrina E.A. Endometriosis. Diagnostics and medical treatment. Moscow, Geotar-Media, 2007. 104 p.
5. Chernukha G.E. Endometriosis and chronic pelvic pain: causes and consequences. *Problemy reproduktivnoy meditsiny* 2011; 5: 83-89.
6. Yureneva S.V. Endometriosis — disease "out age" (from the pubertatnogo period to postmenopause). *Problemy reproduktivnoy meditsiny* 2011; 4: 67-74.
7. Meuleman C., Tomassetti C., Gaspar M. Da Vitoria Magro et al. Laparoscopic treatment of endometriosis. *Minerva Gynecology* 2013; 65 (2): 125-142.
8. Nnoaham K., Hummelshoj L., Webster P. et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility* 2011; 96: 366-373.
9. Ozyer S., Uzunlar O., Ozcan N. et al. Endometriomas in adolescents and young women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2013; 26 (3): 176-179.
10. Paka C., Miller J., Nezhat C. Predictive factors and treatment of recurrence of endometriosis. *Minerva Gynecology* 2013; 65 (2): 105-111.

Надійшла до редакції 19.03.2018

Рецензент д-р мед. наук,  
проф. Н. М. Рожковська,  
дата рецензії 23.03.2018

