

Якість життя жінок з аденоміозом та папілярною карциномою щитоподібної залози в анамнезі

А.О. Данилова

ДУ “Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук’янової НАМН України”, м. Київ

Мета дослідження: оцінювання показників якості життя жінок з аденоміозом та папілярною карциномою щитоподібної залози (ЩЗ) в анамнезі.

Матеріали та методи. Обстежено 124 жінки віком 24–45 років: до I групи увійшла 61 жінка з аденоміозом і папілярною карциномою ЩЗ в анамнезі, до II групи – 63 жінки з аденоміозом і необтяженим тиреоїдним статусом. Ступінь вираженості тазового болю оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) у міжменструальний та менструальний періоди, оцінювання якості життя обстежених жінок проводили на підставі даних неспецифічного опитувальника якості життя Short Form Health Status Survey (SF-36).

Результати. За оцінкою ВАШ не було виявлено вірогідної різниці в інтенсивності больового синдрому між пацієнтками I та II груп. Середні показники інтенсивності тазового болю в менструальний ($6,9 \pm 0,76$ см у I групі та $6,7 \pm 0,79$ см – у II групі) та міжменструальний періоди ($5,9 \pm 1,0$ та $5,5 \pm 0,85$ см відповідно) відповідали рівню «сильного болю».

Аналіз результатів анкетування SF-36 продемонстрував зниження показників шкал якості життя у пацієнток обох груп. Незважаючи на відсутність вірогідної різниці в інтенсивності больового синдрому між жінками обох груп, показники за шкалами фізичного функціонування ($61,5 \pm 13,1$ бала у I групі та $78,50 \pm 8,2$ бала – у II групі; $p < 0,05$), загального здоров’я ($21,8 \pm 11,2$ та $48,2 \pm 12,0$ бала відповідно; $p < 0,05$), життєвої активності ($31,5 \pm 9,9$ та $51,0 \pm 7,4$ бала; $p < 0,05$), психічного здоров’я ($40,4 \pm 10,4$ та $50,4 \pm 7,1$ бала; $p < 0,05$) та інтегральні показники фізичного ($37,3 \pm 5,5$ та $41,4 \pm 4,3$ бала; $p < 0,05$) і психологічного компонентів здоров’я пацієнток ($32,6 \pm 5,3$ та $36,9 \pm 7,5$ бала; $p < 0,05$) у I групі були вірогідно нижчі порівняно з пацієнтками у II групі.

Висновки. На стан фізичного та психологічного здоров’я жінок з аденоміозом та папілярною карциномою щитоподібної залози в анамнезі впливає сукупність факторів, зокрема, клінічні прояви аденоміозу та наслідки тиреоїдного канцерогенезу, які призводять до зниження фізичного та психологічного функціонування.

Ключові слова: аденоміоз, синдром хронічного тазового болю, папілярна карцинома щитоподібної залози, якість життя, візуально-аналогова шкала, опитувальник SF-36.

Quality of life of women with a history of adenomyosis and papillary thyroid carcinoma

А.О. Danilova

The objective: to assess the quality of life of women with a history of adenomyosis and papillary thyroid carcinoma (thyroid).

Materials and methods. 124 women aged 24–45 years old were examined: the I group included 61 women with a history of adenomyosis and papillary thyroid carcinoma, and the II group included 63 women with adenomyosis and normal thyroid status. The severity of pelvic pain was assessed on a visual-analog scale (VAS) in the intermenstrual and menstrual periods. Quality of life of the persons was assessed on the basis of a non-specific quality of life questionnaire Short Form Health Status Survey (SF-36).

Results. According to results of VAS there was no significant difference in the intensity of pain between patients of the I and II groups. The average intensity of pelvic pain in menstrual (6.9 ± 0.76 cm in the I group and 6.7 ± 0.79 cm – in the II one) and intermenstrual periods (5.9 ± 1.0 and 5.5 ± 0.85 cm, respectively) corresponded to the level of “severe pain”.

Analysis of the results of the SF-36 questionnaire demonstrated a decrease in quality of life scales in patients of both groups. Despite the absence of a significant difference in the intensity of pain between women in both groups, the indicators of physical functioning scale (61.5 ± 13.1 points in the I group and 78.50 ± 8.2 points – II group; $p < 0.05$), general health (21.8 ± 11.2 and 48.2 ± 12.0 points, respectively; $p < 0.05$), vital activity (31.5 ± 9.9 and 51.0 ± 7.4 points; $p < 0.05$), mental health (40.4 ± 10.4 and 50.4 ± 7.1 points; $p < 0.05$) and integrated indicators of physical (37.3 ± 5.5 and 41.4 ± 4.3 points; $p < 0.05$) and psychological components of patient health (32.6 ± 5.3 and 36.9 ± 7.5 , points; $p < 0.05$) in the I group were significantly lower compared to patients in the II group.

Conclusions. The physical and psychological health of women with a history of adenomyosis and papillary thyroid carcinoma is influenced by a combination of factors, including clinical manifestations of adenomyosis and the effects of thyroid carcinogenesis, which lead to reduced physical and psychological functioning.

Keywords: adenomyosis, chronic pelvic pain syndrome, papillary thyroid carcinoma, quality of life, visual analog scale, SF-36 questionnaire.

Качество жизни женщин с аденомиозом и папиллярной карциномой щитовидной железы в анамнезе

А.А. Данилова

Цель исследования: оценка показателей качества жизни женщин с аденомиозом и папиллярной карциномой щитовидной железы (ЩЖ) в анамнезе.

Материалы и методы. Обследованы 124 женщины в возрасте 24–45 лет: в I группу вошла 61 женщина с аденомиозом и папиллярной карциномой ЩЖ в анамнезе, во II группу – 63 женщины с аденомиозом и неотягощенным тиреоидным статусом. Степень выраженности тазовой боли оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в межменструальный и менструальный периоды, оценивание качества жизни обследованных женщин проводили на основе данных неспецифического опросника качества жизни Short Form Health Status Survey (SF-36).

Результаты. По оценке ВАШ, не было выявлено достоверной разницы в интенсивности болевого синдрома между пациентками I и II групп. Средние показатели интенсивности тазовой боли в менструальный ($6,9 \pm 0,76$ см в I группе и $6,7 \pm 0,79$ см – во II группе) и межменструальный периоды ($5,9 \pm 1,0$ и $5,5 \pm 0,85$ см соответственно) были на уровне «сильной боли».

Анализ результатов анкетирования SF-36 продемонстрировал снижение показателей шкал качества жизни у пациенток обеих групп. Несмотря на отсутствие вероятной разницы в интенсивности болевого синдрома между женщинами обеих групп, показатели по шкалам физического функционирования ($61,5 \pm 13,1$ балла в I группе и $78,50 \pm 8,2$ балла – во II группе; $p < 0,05$), общего здоровья ($21,8 \pm 11,2$ и $48,2 \pm 12,0$ балла соответственно; $p < 0,05$), жизненной активности ($31,5 \pm 9,9$ и $51,0 \pm 7,4$ балла; $p < 0,05$), психического здоровья ($40,4 \pm 10,4$ и $50,4 \pm 7,1$ балла; $p < 0,05$) и интегральные показатели физического ($37,3 \pm 5,5$ и $41,4 \pm 4,3$ балла, $p < 0,05$) и психологического компонентов здоровья пациенток ($32,6 \pm 5,3$ и $36,9 \pm 7,5$ балла; $p < 0,05$) в I группе были достоверно ниже по сравнению с пациентками во II группе.

Выводы. На состояние физического и психологического здоровья женщин с аденомиозом и папиллярной карциномой щитовидной железы в анамнезе влияет совокупность факторов, в частности, клинические проявления аденомиоза и последствия тиреоидного канцерогенеза, приводящие к снижению физического и психологического функционирования.

Ключевые слова: аденомиоз, синдром хронической тазовой боли, папиллярная карцинома щитовидной железы, качество жизни, визуально-аналоговая шкала, опросник SF-36.

Велику зацікавленість світової медичної спільноти викликає вивчення якості життя пацієнток із різною генітальною та екстрагенітальною патологією. Подібні медико-соціальні дослідження дозволяють проаналізувати суб'єктивну оцінку пацієнтами різних боків їхнього життя і те, у якій мірі патологічний стан порушує повноцінне повсякденне функціонування.

Відомо, що аденоміоз внаслідок клінічних проявів, таких, як тазовий біль, аномальні маткові кровотечі, негативно впливає на якість життя жінок, на їхній фізичний та психологічний стан здоров'я, що супроводжується підвищеним ризиком розвитку тривожності та депресії [1,2]. Спираючись на результати дослідження “Female papillary thyroid cancer survivors are at higher risk of hyperproliferative pathology of the reproductive system”, що було проведене на базі ДУ “Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України”, високу частоту аденоміозу зафіксовано у жінок із папілярною карциномою щитоподібної залози (ЩЗ) в анамнезі порівняно з пацієнтками з нормальним тиреоїдним статусом (64,7% проти 20,0%; $p < 0,05$).

Серед онкологічної патології ендокринної системи рак щитоподібної залози (РЩЗ) діагностують найчастіше, близько 80% від усіх випадків становить папілярна карцинома [3–5]. Особливу стурбованість викликає той факт, що РЩЗ уражує переважно жінок репродуктивного віку: так, за даними “International Agency for Research on Cancer” у 2020 році, ця нозологія посідає третє місце у світовій структурі онкологічної захворюваності серед жінок віком 15–44 років [6,7].

Завдяки сучасному комбінованому менеджменту папілярної карциноми ЩЗ, що включає декілька ета-

пів – оперативне втручання, радіоїод-терапію, ТТГ-супресивну терапію та подальшу пожиттєву замісну терапію препаратами L-тироксину [8], пацієнти мають сприятливі прогнози з п'ятирічною виживаністю більш ніж 98% [9,10]. Однак така стратегія лікування асоціюється з великою кількістю короткострокових та лонгітюдних небажаних побічних ефектів, що значною мірою знижують якість життя [11,12].

Згідно із даними сучасних досліджень, у пацієнтів, які перенесли РЩЗ, спостерігається погіршення психологічного та емоційного добробуту, що може призводити до хронічного психологічного виснаження [13]. Цікаво, що скарги на загальні психологічні проблеми та стурбованість частіше пред'являють саме молоді пацієнти віком 17–39 років порівняно з пацієнтами віком понад 40 років [14].

У дослідженні “Factors associated with health-related quality of life in papillary thyroid microcarcinoma patients undergoing radiofrequency ablation: a cross-sectional prevalence study” було продемонстровано кореляцію рівня психологічного компонента здоров'я із наявністю скарг на тривожність, порушення концентрації, страху за своє фізичне здоров'я та супутню патологію [15]. Показники фізичного компонента здоров'я у жінок, які перенесли папілярну карциному ЩЗ, значно нижчі порівняно з чоловіками [15]. Можна припустити, що на показники фізичного компонента у цієї когорти жінок частково впливають і порушення репродуктивного здоров'я, що майже вдвічі частіше виявляють у даній когорти пацієнтів порівняно із загальною популяцією [16–21].

Отже, на якість життя пацієнток з аденоміозом та папілярною карциномою ЩЗ в анамнезі може впливати сукупність факторів, що асоційовані не тільки з клінічними проявами даних патологій, а й з особливостями їхньої терапії [22–25].

Ураховуючи високий рівень виживання серед пацієнток, які перенесли папілярну карциному ШЦЗ, високу частоту аденоміозу у даної когорти жінок, вивчення якості їхнього життя як індикатора рівня їхньої соціально-психологічної адаптації є актуальним напрямком досліджень.

Мета дослідження: оцінювання показників якості життя у жінок з аденоміозом та папілярною карциномою ШЦЗ в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було обстежено 124 жінки віком 24–45 років: до I групи увійшла 61 жінка з аденоміозом і папілярною карциномою ШЦЗ в анамнезі, до II групи – 63 жінки з аденоміозом і необтяженим тиреоїдним статусом. Усім жінкам було встановлено діагноз “Аденоміоз” на підставі клінічних даних та даних трансвагінального ультразвукового обстеження органів малого таза.

Усі жінки надали інформовану згоду на участь у дослідженні, яке було виконано згідно з етичними принципами Гельсінської декларації.

Критеріями виключення були:

- наявність запальних захворювань органів малого таза у гострій, підгострій стадії та в стадії неповної ремісії;
- перенесені операції на органах малого таза та черевній порожнині;
- тазовий біль, що пов'язаний з урологічними, гастроентерологічними та неврологічними захворюваннями;
- вживання психотропних та гормональних препаратів на момент обстеження і протягом трьох попередніх місяців (за виключенням препаратів L-тироксину);
- тяжкі соматичні захворювання;
- вагітність та період лактації.

Ступінь вираженості тазового болю оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) у міжменструальний та менструальний періоди: пацієнткам пропонували відмітити на смужці довжиною 10 см вираженість їхнього відчуття болю, де крайні точки 0 та 10 означали “відсутність болю” та “нестерпний біль” відповідно. Ступінь вираженості болю оцінювали за наступними параметрами: 0,1–2,5 см – слабкий біль, 2,6–5,0 см – помірний біль, 5,1–7,5 см – сильний біль, 7,6–10,0 см – нестерпний біль.

Оцінювання якості життя обстежених жінок проводили на підставі даних неспецифічного опитувальника якості життя Short Form Health Status Survey (SF-36), анкета якого складається з 36 пунктів, згрупованих у 8 шкал:

- фізичне функціонування;
- рольове функціонування, що зумовлено фізичним станом;
- інтенсивність болю;
- загальне здоров'я;
- життєва активність;
- соціальне функціонування;

- рольове функціонування, що зумовлене емоційним станом;
- психічне здоров'я.

Показники кожної зі шкал варіюють між 0 балів та 100 балів, де 100 балів – це “повне здоров'я”; всі шкали формують два інтегральних показники – фізичний компонент здоров'я (Physical health, PH) та психологічний компонент здоров'я (Mental Health, MH).

Статистичне оброблення отриманих даних виконували за допомогою програм Excel Microsoft Office 2019, STATA software (Version 14, 2018, USA) із визначенням вірогідності за методом Стьюдента для абсолютних чисел та методу ф-кутового перетворення Фішера – для відносних. Різницю між порівнюваними величинами вважали вірогідною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток становив $37,2 \pm 5,2$ року у I групі та $36,8 \pm 5,3$ року у II групі ($p > 0,05$). Усі пацієнтки з I групи перенесли тиреоїдектомію з приводу папілярної карциноми ШЦЗ у період з 1994 до 2018 року. Середній термін спостереження після тиреоїдектомії – $10,2 \pm 6,82$ року.

Вивчаючи клінічну характеристику синдрому тазового болю в учасниць дослідження, виявлено, що у 100% жінок I та II груп спостерігалась вторинна дисменорея, 24,6% жінок I групи та 22,2% жінок II групи ($p > 0,05$) відзначали появу тазового болю під час фізичного навантаження, статеве життя супроводжувалось больовим синдромом у 29,5% пацієнток I групи та 25,4% пацієнток II групи ($p > 0,05$). Цікаво, що 24,6% пацієнток I групи відзначали емоційний чинник як фактор, що провокував появу больового синдрому; серед пацієнток II групи емоційний стан впливав на больовий синдром у 9,5% випадків ($p < 0,05$).

За оцінкою ВАШ, не було виявлено вірогідної різниці в інтенсивності больового синдрому між групами. Середні показники інтенсивності тазового болю в мен-

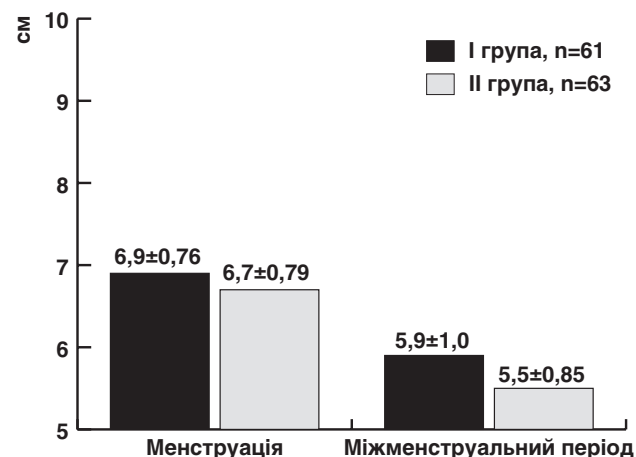


Рис. 1. Інтенсивність больового синдрому в менструальний та міжменструальний періоди, оцінювання за ВАШ

Результати оцінювання життя за шкалами опитувальника SF-36, бали

Шкали SF-36	I група	II група
Фізичне функціонування	61,5±13,1*	78,5±8,2
Рольове функціонування, що зумовлено фізичним станом	46,3±24,7	42,5±20,6
Інтенсивність болю	36,4±11,4	33,8±6,3
Загальний стан здоров'я	21,8±11,2	48,2±12,0
Життєва активність	31,5±9,9*	51,0±7,4
Соціальне функціонування	50,0±12,2	51,3±12,4
Рольове функціонування, що зумовлено емоційним станом	33,3±24,2	39,9±37,8
Психічне здоров'я	40,4±10,4*	50,4±7,1

Примітка. * – Різниця достовірна щодо показника II групи, $p < 0,05$.

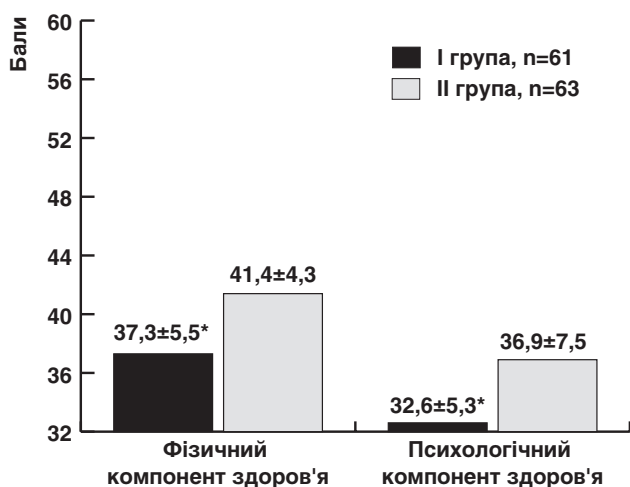


Рис. 2. Показники фізичного та психологічного компонентів здоров'я, оцінювання за SF-36

Примітка. * – Різниця достовірна щодо показника II групи, $p < 0,05$.

струальний період відповідали рівню «сильного болю», у міжменструальний період вираженість больового синдрому була дещо нижчою, однак також відповідала рівню «сильного болю». Ці дані представлені на рис. 1.

Аналіз результатів анкетування за опитувальником SF-36 продемонстрував зниження показників якості життя у пацієток обох груп. Це підтверджує той факт, що виражений тазовий біль значною мірою обмежує не тільки повсякденну фізичну побутову діяльність даного контингенту пацієнтів, а й впливає на емоційний стан, що відображається на власному сприйнятті загального стану здоров'я. Однак, незважаючи на відсутність вірогідної різниці в інтенсивності больового синдрому, показники за шкалами фізичного функціонування, загального здоров'я, життєвої активності, психічного здоров'я та інтегральні показники фізичного та психологічного компонента здоров'я пацієток I групи були вірогідно нижчі порівняно з пацієтками II групи. Дані результати продемонстровані у таблиці та на рис. 2.

Шкала фізичного функціонування відображає ступінь, за якого стан здоров'я обмежує виконання фізичних навантажень. Аналіз відповідей обстежуваних жінок за шкалою продемонстрував вірогідне

зниження фізичної активності на 38,5 бала у пацієток I групи і на 21,5 бала у пацієток II групи.

Так, 75,4% жінок I групи відзначили, що їхній фізичний стан «значно обмежує» їх у зайнятті бігом, силовими видами спорту, в той час як у II групі цей пункт відзначили 30,2% ($p < 0,05$) жінок. Жодна з обстежених пацієток не відзначила пункт «ні, зовсім не обмежує»; стан здоров'я 70,5% та 20,6% ($p < 0,05$) пацієток I та II груп відповідно «помірно обмежує» їх у виконанні побутових фізичних навантажень, таких, як прибирання в домі та ін. Крім того, пацієтки I групи частіше відзначали труднощі при таких видах фізичної активності, як «піднятися сходами», «пройти відстань у декілька кварталів» та ін.

Вірогідної різниці за шкалами рольового функціонування між групами виявлено не було, однак низькі рівні показників у пацієток I та II груп свідчать про значний вплив їхнього фізичного та емоційного стану на здатність виконання повсякденних обов'язків. Так, пацієтки відзначали, що внаслідок фізичного та емоційного стану за останні 4 тиж були вимушені «скоротити кількість часу на роботу та інші справи», «виконали менше, ніж хотіли», «мали труднощі під час виконання своєї роботи» та виконували її «не так акуратно, як зазвичай».

Шкала інтенсивності болю відображає її вплив на здатність займатися побутовою діяльністю, у тому числі домашніми та робочими справами. Переважна кількість пацієток I та II груп відзначала відчуття «сильного болю» в останні 4 тиж (60,6% та 79,4% відповідно по групах; $p > 0,05$), що «помірно» та «сильно» обмежувало їх у виконанні повсякденних обов'язків (60,6% та 69,4%; 34,7% та 30,6% відповідно; $p > 0,05$).

За шкалою загального стану здоров'я, що відображає суб'єктивне оцінювання пацієнтом свого здоров'я, 29,5% пацієток охарактеризувало його як «погане», 70,5% та 49,2% ($p < 0,05$) пацієток I та II груп відповідно оцінили своє здоров'я як «посереднє», жодна пацієтка з I групи не оцінила стан свого здоров'я як «хороший», в той час як 50,8% пацієток II групи оцінило його саме так; 65,5% та 9,5% ($p < 0,05$) пацієток I та II груп вважають, що вони «схильні до хвороб більше, ніж інші», 19,7% пацієток I групи вважають, що їхній «стан здоров'я погіршиться», 54,2% та 50% ($p > 0,05$) пацієток I та II груп не згодні з твердженням «у мене відмінне здоров'я».

Аналіз шкали життєвої активності продемонстрував вірогідно нижчий рівень балів у пацієнток I групи, що свідчить про їхню значну втомленість та низький рівень життєвих сил. Так, пацієнтки I групи значно рідше відчували себе бадьорими (55,7% проти 30,2% у групах I та II відповідно, $p < 0,05$), 50,7% пацієнток з I групи жодного разу за 4 тиж не відчували себе повними сили та енергії, однак частіше порівняно з пацієнтками II групи відчували себе змученими та втомленими (24,6% проти 0%, $p < 0,05$ та 80,3% проти 69,8%, $p > 0,05$ відповідно у групах I та II).

Показники соціального функціонування у пацієнток I та II груп знижені вдвічі та вірогідно не відрізняються. Ця шкала характеризує ступінь впливу фізичного та емоційного стану на соціальну активність. Так, 29,7% та 30,2% ($p > 0,05$) пацієнток I та II груп відзначили, що їхній фізичний та емоційний стан “значно” заважає їм проводити час з сім’єю, друзями, колегами; 75,3% пацієнток I групи та 79,4% ($p > 0,05$) пацієнток II групи відзначили, що “іноді” їхній стан взагалі заважає спілкуванню з людьми.

Низькі показники за шкалою психічного здоров’я свідчать про наявність депресивних та тривожних переживань в обстежуваних жінок обох груп. Однак ступінь вираженості психічного неблагополуччя вірогідно вище

у пацієнток I групи. Так, за останні 4 тиж вони нервували “більшу частину часу” (29,5% і 9,5% пацієнток I та II груп відповідно; $p < 0,05$), відчували себе пригніченими (23,8%), “часто” відчували занепад духу та сум (65,6% і 9,5% пацієнток I та II груп відповідно, $p < 0,05$) та “рідко” – умиротворення та щастя (29,5% і 9,5%; 45,9% та 20,7% пацієнток I та II груп відповідно; $p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Жінки з аденоміозом, що супроводжується хронічним тазовим болем, мають більш низьку якість життя, що характеризується зниженням фізичного та психологічного функціонування.

2. У жінок з аденоміозом, які перенесли папілярну карциному щитоподібної залози, спостерігаються вірогідно нижчі показники якості життя порівняно з пацієнтками з необтяженим тиреоїдним статусом.

3. Спираючись на отримані результати, можна припустити, що на стан фізичного та психологічного здоров’я даної когорти пацієнток впливає сукупність факторів, безпосередньо клінічні прояви аденоміозу та наслідки тиреоїдного канцерогенезу.

4. Отримані результати свідчать про необхідність розроблення специфічних схем лікування та реабілітації цієї когорти пацієнток.

Відомості про автора

Данилова Анна Олександрівна – Відділ ендокринної гінекології ДУ “Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук’янової НАМН України”, м. Київ; тел.: (097) 532-05-56. E-mail: danilovaannalex@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7921-169X

Information about the author

Danylova Anna O. – Endocrine gynecology department, State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (097) 532-05-56. E-mail: danilovaannalex@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7921-169X

ПОСИЛАННЯ

- Alcalde AM, Mart nez-Zamora MA, Gracia M, Ros C, Rius M, Nicolas I, et al. Impact of Adenomyosis on Women's Psychological Health and Work Productivity: A Comparative Cross-Sectional Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(11):1653-9. doi: 10.1089/jwh.2020.8789.
- Alcalde AM, Martinez-Zamora MA, Gracia M, Ros C, Rius M, Castelo-Branco C, et al. Assessment of Quality of Life, Sexual Quality of Life, and Pain Symptoms in Deep Infiltrating Endometriosis Patients With or Without Associated Adenomyosis and the Influence of a Flexible Extended Combined Oral Contraceptive Regimen: Results of a Prospect. *J Sex Med*. 2022;19(2):311-8. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.11.015.
- Deng YJ, Li HT, Wang M, Li N, Tian T, Wu Y, et al. Global Burden of Thyroid Cancer From 1990 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e208759. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.8759.
- Banach R, Bartes B, Farnell K, Rimmelme H, Shey J, Singer S, et al. Results of the Thyroid Cancer Alliance international patient/survivor survey: Psychosocial/informational support needs, treatment side effects and international differences in care. *Hormones*. 2013;12(3):428-38. doi: 10.1007/BF03401308.
- Miranda-Filho A, Lortet-Tieulent J, Bray F, Cao B, Franceschi S, Vaccarella S, et al. Thyroid cancer incidence trends by histology in 25 countries: a population-based study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(4):225-34. doi: 10.1016/S2213-8587(21)00027-9.
- World Health Organization. The Global Cancer Observatory. *Cancer Today* [Internet]. Geneva: International Agency for Research on Cancer; 2022. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/>.
- World Health Organization. Thyroid Source: Globocan 2020 [Internet]. Geneva: International Agency for Research on Cancer; 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/32-Thyroid-fact-sheet.pdf>.
- Sawka AM, Bible KC, Nikiforov YE, Haugen BR, Steward DL, Randolph GW, et al. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2015;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020.
- National cancer institute. Thyroid Cancer – Cancer Stat Facts [Internet]. U.S.: Department of Health and Human Services; 2019. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/thy.ro.html>.
- Douglas EH, Rhoads A, Thomas A, Aloï J, Suhl J, Lycan T, et al. Incidence and Survival in Reproductive-Aged Women with Differentiated Thyroid Cancer: United States SEER 18 2000-2016. *Thyroid*. 2020;30(12):1781-91. doi: 10.1089/thy.2020.0152.
- Goldfarb M, Casillas J. Thyroid Cancer-Specific Quality of Life and Health-Related Quality of Life in Young Adult Thyroid Cancer Survivors. *Thyroid*. 2016;26(7):923-32. doi: 10.1089/thy.2015.0589.
- Wang T, Jiang M, Ren Y, Liu Q, Zhao G, Cao C, et al. Health-Related Quality of Life of Community Thyroid Cancer Survivors in Hangzhou, China. *Thyroid*. 2018;28(8):1013-23. doi: 10.1089/thy.2017.0213.
- Roth EM, Lubitz CC, Swan JS, James BC. Patient-Reported Quality-of-Life Outcome Measures in the Thyroid Cancer Population. *Thyroid*. 2020;30(10):1414. doi: 10.1089/thy.2020.0038.
- Goldfarb M, Casillas J. Thyroid Cancer-Specific Quality of Life and Health-Related Quality of Life in Young Adult Thyroid Cancer Survivors. *Thyroid*. 2016;26(7):923-32. doi: 10.1089/thy.2015.0589.
- Lan Y, Jin Z, Zhang Y, Song Q, Xiao J, Yan L, et al. Factors associated with health-related quality of life in papillary thyroid microcarcinoma patients undergoing radiofrequency ablation: a cross-sectional prevalence study. *Int J Hyperth*. 2020;37(1):1174-81. doi: 10.1080/02656736.2020.1812738.
- Newman M, Monroe M, Ganz PA, Fraser A, Abraham D, Hashibe M, et al. Reproductive and gynecological complication risks among thyroid cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2018;12(5):702-11. doi: 10.1007/s11764-018-0707-7.

17. Tatarchuk TF, Kalugina LV, Danilova AO. Thyroid carcinoma in woman. gynecologist view. *Reprod Endocrinol.* 2019;0(47):20-4. doi: 10.18370/2309-4117.2019.47.20-24.
18. Sioka C, Fotopoulos A. Effects of I-131 therapy on gonads and pregnancy outcome in patients with thyroid cancer. *Fertil Steril.* 2011;95(5):1552-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.01.017.
19. Piek MW, Postma EL, Van Leeuwen R, De Boer JP, Bos AME, Lok C, et al. The Effect of Radioactive Iodine Therapy on Ovarian Function and Fertility in Female Thyroid Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid.* 2020;31(4):658-68. doi: 10.1089/thy.2020.0356.
20. Liu X, Zhou Y, Liang N, Hong Y, Dionigi G, Sun H. The effect of long-term thyroid-stimulating hormone suppressive therapy on the gonadal steroid hormones of patients with thyroid carcinoma after surgery. *Gland Surg.* 2017;6(5):443. doi: 10.21037/gs.2017.09.05.
21. Saccardi C, Gizzo S, Ludwig K, Guido M, Scarton M, Gangemi M, et al. Endometrial polyps in women affected by levothyroxine-treated hypothyroidism: histological features, immunohistochemical findings, and possible explanation of etiopathogenic mechanism: a pilot study. *Biomed Res Int.* 2013;2013:503419. doi: 10.1155/2013/503419.
22. Choi HG, Park B, Ji YB, Tae K, Song CM. Depressive Disorder in Thyroid Cancer Patients after Thyroidectomy: A Longitudinal Follow-up Study Using a National Cohort. *Otolaryngol Neck Surg.* 2019;160(2):239-45. doi: 10.1177/0194599818802190.
23. Buttner M, Locati LD, Pinto M, Araujo C, Tomaszewska IM, Kiyota N, et al. Quality of Life in Patients With Hypoparathyroidism After Treatment for Thyroid Cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020;105(12):dga597. doi: 10.1210/clinem/dgaa597.
24. Alcalde AM, Martinez-Zamora MA, Gracia M, Ros C, Rius M, Carmona F. Assessment of Sexual Quality of Life and Satisfaction in Couple Relationships Among Women With Deep Infiltrating Endometriosis and Adenomyosis. *J Sex Marital Ther.* 2021;1-10:online ahead of print. doi: 10.1080/0092623X.2021.1986444.
25. Alcalde AM, Martinez-Zamora MA, Gracia M, Ros C, Rius M, Castelo-Branco C, et al. Assessment of Quality of Life, Sexual Quality of Life, and Pain Symptoms in Deep Infiltrating Endometriosis Patients With or Without Associated Adenomyosis and the Influence of a Flexible Extended Combined Oral Contraceptive Regimen: Results of a Prospective, Observational Study. *J Sex Med.* 2022;19(2):311-8 doi: 10.1016/j.jsxm.2021.11.015.

Стаття надійшла до редакції 11.01.2022. – Дата першого рішення 14.01.2022. – Стаття подана до друку 11.02.2022