

# Диференційне оцінювання якості життя жінок із синдромом хронічного тазового болю залежно від супутніх патологій

О.Б. Соломко, С.О. Шурпяк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає якість життя як сприйняття людиною своєї життєвої позиції у контексті культури та систем цінностей, у яких вона живе, а також у зв'язку з її цілями, очікуваннями, стандартами та проблемами. На сьогодні хронічний тазовий біль розглядається як стан, який може суттєво впливати на якість життя. Разом з тим існують суттєві перспективи щодо використання даного методу для оцінювання ефективності лікування. **Мета дослідження:** оцінювання змін у якості життя пацієнток із синдромом хронічного тазового болю (СХТБ) залежно від супутніх патологій.

**Матеріали та методи.** В обстежену когорту увійшли 150 пацієнток з СХТБ, які за клінічною картиною були розподілені на групи А та В: група А (n=74) – хворі із СХТБ та підозрою на ендометріоз та група В (n=76) – хворі із СХТБ та підозрою на комбіновані доброякісні проліферативні захворювання репродуктивних органів. До контрольної групи увійшли здорові жінки (n=50).

Для оцінювання якості життя використовували опитувальник SF-36, що передбачає застосування восьми блоків запитань для з'ясування рівня якості життя.

**Результати.** У пацієнток із СХТБ виявлено зниження якості життя за всіма шкалами опитувальника SF-36. Виявлено статистично достовірну різницю у всіх шкалах поміж групами А та В порівняно з контрольною групою ( $p < 0,001$ ). Окрім цього, виявлена достовірна різниця у всіх шкалах опитувальника між групою з СХТБ та комбінованими доброякісними проліферативними захворюваннями репродуктивних органів та групою з СХТБ та ендометріозом ( $p < 0,05$ ). При цьому найбільш суттєві зміни відзначали у шкалі ролєвих обмежень через фізичне здоров'я та шкалі соціального функціонування.

**Висновки.** Зниження показників за всіма шкалами опитувальника SF-36 у пацієнток досліджуваної когорти підтверджує, що СХТБ суттєво впливає на всі сфери якості життя. Спостерігаються достовірно низькі показники у групі з СХТБ та комбінованою гіперпроліферативною патологією порівняно з групою з СХТБ та ендометріозом ( $p < 0,05$ ).

**Ключові слова:** синдром хронічного тазового болю, ендометріоз, доброякісні проліферативні захворювання, анкетування, опитувальник SF-36, якість життя.

## Differential evaluation of the quality of life of women with chronic pelvic pain syndrome depending on concomitant pathologies.

O.B. Solomko, S.O. Shurpyak

The World Health Organization defines quality of life as a person's perception of his position in life in the context of the culture and value systems in which he lives, as well as in relation to his goals, expectations, standards and problems. Today, chronic pelvic pain is considered a condition that can significantly affect the quality of life. At the same time, there are significant prospects for using this method to evaluate the effectiveness of treatment.

**The objective:** to evaluate of changes in the quality of life of patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS) depending on accompanying pathologies.

**Materials and methods.** The examined cohort included 150 patients with CPPS, who according to the clinical manifestations were divided into groups A and B: group A (n=74) – patients with CPPS and suspicion for endometriosis and group B (n=76) – patients with CPPS and suspicion for combined benign proliferative diseases of reproductive organs. The control group included healthy women (n=50).

SF-36 questionnaire which involves the use of eight scales of questions to determine the level of quality of life was used to assess the quality of life.

**Results.** A decrease in quality of life was found in all the scales of the SF-36 questionnaire in patients with CPPS. A statistically significant difference was found in all scales between A and B groups compared to the control group ( $p < 0.001$ ).

In addition, a significant difference was found in all scales of the questionnaire between the group with CPPS and combined benign proliferative diseases of the reproductive organs compared to the group with CPPS and endometriosis ( $p < 0.05$ ). At the same time, the most significant changes were found in the scale of physical role functioning and the scale of social role functioning.

**Conclusions.** The decrease in indicators on all scales of the SF-36 questionnaire in patients of the studied cohort confirms that CPPS significantly affects all areas of their quality of life. Significantly lower indicators were observed in the group with CPPS and combined hyperproliferative pathology compared to the group with CPPS and endometriosis ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** chronic pelvic pain syndrome, endometriosis, benign proliferative diseases, survey, SF-36 questionnaire, quality of life.

ВООЗ визначає якість життя як сприйняття людиною своєї життєвої позиції у контексті культури та систем цінностей, в яких вони живуть, а також у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами та проблемами [1]. На сьогодні хронічний тазовий біль (ХТБ) розглядається як стан, який може суттєво впливати на якість життя.

У більшості жінок, які страждають на ХТБ, значно погіршуються сфери життя, пов'язані із фізичним функціонуванням, сімейним життям, сексуальними стосунками, роботою та суспільним життям. У багатьох випадках це пов'язано з негативними когнітивними, поведінковими та соціальними наслідками [2].

Декілька досліджень з різними методологічними характеристиками продемонстрували зв'язок ХТБ з негативним впливом на особисту діяльність. Велика кількість публікацій продемонструвала, що пацієнтки з ХТБ фіксують зниження якості життя і зменшення соціальної адаптації зі збільшенням психічної захворюваності, а також зміни у статевому житті [3–5].

Окрім цього, високий рівень тривожності та депресії також здатен негативно впливати на якість життя жінок з ХТБ, а невротичні тривожно-депресивні розлади є найбільш частими проявами психогенного болю [1, 6, 7].

Для хворих із ХТБ характерна схильність до розвитку психічних та емоційних розладів, формування низької толерантності до болю, больової поведінки [8]. Це своєю чергою зумовлює розвиток психологічних змін, які підтримують або посилюють больові відчуття незалежно від ступеня і тяжкості захворювання [9–11]. На сьогодні у деяких дослідженнях встановлено, що пацієнтки з більш тяжким больовим синдромом мають більш негативні зміни у якості життя у психологічних та навколишніх сферах, таких, як сімейні та соціальні відносини [4, 11–13].

Крім того, зафіксовано, що жінки з ХТБ, які зазнали фізичного або сексуального насильства у дитинстві чи у дорослому віці, повідомляли про значно сильніші депресивні симптоми, ніж жінки, які не зазнали насильства [14–19].

На сьогодні незважаючи на велику кількість публікацій, що стосуються впливу синдрому ХТБ (СХТБ) на якість життя пацієнток, питання щодо використання оцінювання якості життя для визначення ефективності лікування все ще продовжує вивчатись. Окрім цього, немає достовірних даних щодо інтенсивності впливу конкретної патології чи комбінації патологій на рівень якості життя жінок [20].

**Мета дослідження:** оцінювання змін у якості життя пацієнток із СХТБ залежно від супутніх патологій.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В обстежену когорту увійшли 150 пацієнток з СХТБ, які за клінічною картиною були розподілені на групи А та В:

група А (n=74) – хворі з СХТБ та підозрою на ендометріоз,

група В (n=76) – хворі з СХТБ та підозрою на доброякісні проліферативні захворювання репродуктивних органів.

До контрольної групи увійшли здорові жінки (n=50).

Критеріями включення були: підтверджений СХТБ; вік від 19 до 49 років; індивідуальна інформована згода жінки на участь у дослідженні.

Критеріями виключення були: тяжкі супутні вроджені та набуті захворювання; імунодефіцитні стани; сифіліс; туберкульоз; вагітність; онкологічні захворювання будь-якої локалізації.

Для оцінювання якості життя жінок використовували неспецифічний опитувальник загального типу оцінювання якості життя 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Цей опитувальник рекомендований міжнародними консенсусами та стандартами і зараз широко використовується у США, країнах Європи і в нашій державі під час проведення досліджень якості життя [21–24]. У його структуру входить 36 запитань, які згруповані у 8 шкал:

1. Фізичне функціонування (Physical functioning).
2. Рольові обмеження через фізичне здоров'я (Role limitations due to physical health; Role functioning/physical).
3. Біль (Pain).
4. Загальне здоров'я (General health).
5. Енергія/втома (Energy/fatigue).
6. Соціальне функціонування (Social functioning).
7. Рольові обмеження через емоційні проблеми (Role limitations due to emotional problems; Role functioning/emotional).
8. Емоційне благополуччя (Emotional well-being).

Опитування проводили методом інтерв'ю. Оцінку вираховували згідно з інструкцією опитувальника. Оцінки для кожного домену варіюються від 0 до 100, причому більш високий бал визначає більш високий рівень якості життя.

Статистичне оброблення результатів проводили з використанням програмного пакета Microsoft Excel відповідно до існуючих рекомендацій.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час проведення аналізу показників якості життя у пацієнток з СХТБ виявлено її зниження за всіма шкалами опитувальника. Найявна статистично достовірна різниця між групами пацієнток А і В та контрольною групою ( $p < 0,001$ ).

Показник фізичного функціонування у хворих групи А становив  $84,1 \pm 1,7$ , у групі В –  $79,2 \pm 1,3$ , у контрольній групі –  $97,1 \pm 0,5$ . Значно знижені показники рольових обмежень через фізичне здоров'я у групі А становили  $56,8 \pm 3,1$ , у групі В –  $47,4 \pm 3,2$ , у контрольній групі –  $94,0 \pm 1,5$ . Привертало на себе увагу значно знижені показники болю у групі А, що становили  $49,7 \pm 2,8$ , у групі В –  $39,1 \pm 2,9$ , у контрольній групі –  $98,4 \pm 0,5$ . Показники загального здоров'я  $54,8 \pm 2,5$  були у групі А, у групі В –  $43,4 \pm 2,5$ , у контрольній групі –  $92,5 \pm 0,7$ . Показники енергії/втоми  $65,0 \pm 1,5$  зафіксовано у групі А, у групі В –  $59,7 \pm 1,4$ , у контрольній групі –  $87,1 \pm 0,8$ .

Значно знижене соціальне функціонування у групі А –  $60,8 \pm 3,1$ , у групі В –  $48,0 \pm 3,2$ , у контрольній групі –  $97,0 \pm 0,8$ . Знижені показники рольових обмежень



**Діаграма оцінювання якості життя пацієнток досліджуваної когорти за опитувальником SF-36, бали**

через емоційні проблеми у групі А –  $67,1 \pm 3,8$ , у групі В –  $54,4 \pm 3,8$ , у контрольній групі –  $92,7 \pm 2,0$ . Також погіршені показники емоційного благополуччя у групі А –  $66,2 \pm 1,9$ , у групі В –  $60,2 \pm 2,1$ , у контрольній групі –  $90,2 \pm 0,6$  (таблиця).

Зниження параметрів за всіма шкалами опитувальника свідчить, що СХТБ суттєво впливає на всі сфери якості життя пацієнток. Особливо погіршення проявляється у сферах фізичного болю, рольових обмежень через фізичне здоров'я та емоційні проблеми, соціального функціонування та емоційного благополуччя. Це може бути зумовлено тривалістю больових відчуттів, які значно впливають на фізичну повсякденну діяльність та на психоемоційну сферу хворої, тим самим погіршуючи показники соціального функціонування і сприйняття пацієнтками свого загального стану здоров'я і посилюючи зневіру у перспективі лікування.

Привертає на себе увагу достовірно більш низькі показники у групі В порівняно з групою А ( $p < 0,05$ ). Це вірогідно зумовлено наявністю комбінації проліферативних процесів у пацієнток групи В, які зумовлюють більш тяжкий перебіг СХТБ (рисунок).

**ВИСНОВКИ**

Зниження показників за всіма шкалами опитувальника SF-36 у пацієнток досліджуваної когорти підтверджує, що СХТБ суттєво впливає на всі сфери якості життя. Спостерігаються достовірно більш низькі показники у групі з СХТБ та комбінованою гіперпроліферативною патологією порівняно з групою з СХТБ та ендометріозом ( $p < 0,05$ ). При цьому найбільш суттєві зміни відзначали у сфері рольових обмежень через фізичне здоров'я та сфері соціального функціонування.

**Оцінка якості життя пацієнток досліджуваної когорти за опитувальником SF-36,  $M \pm m$  (SD)**

Показник, бали	Група А, n=74	Група В, n=76	Контрольна група, n=50	p
Фізичне функціонування	$84,1 \pm 1,7$ (15,0)	$79,2 \pm 1,3$ (11,1)	$97,1 \pm 0,5$ (3,8)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$
Рольові обмеження через фізичне здоров'я	$56,8 \pm 3,1$ (26,9)	$47,4 \pm 3,2$ (28,2)	$94,0 \pm 1,5$ (10,8)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$
Біль	$49,7 \pm 2,8$ (24,3)	$39,1 \pm 2,9$ (24,6)	$98,4 \pm 0,5$ (3,7)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$
Загальне здоров'я	$54,8 \pm 2,5$ (21,8)	$43,4 \pm 2,5$ (22,2)	$92,5 \pm 0,7$ (5,0)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$
Енергія/втома	$65,0 \pm 1,5$ (12,5)	$59,7 \pm 1,4$ (11,9)	$87,1 \pm 0,8$ (5,5)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$
Соціальне функціонування	$60,8 \pm 3,1$ (26,5)	$48,0 \pm 3,2$ (27,8)	$97,0 \pm 0,8$ (5,4)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$
Рольові обмеження через емоційні проблеми	$67,1 \pm 3,8$ (32,4)	$54,4 \pm 3,8$ (33,0)	$92,7 \pm 2,0$ (13,9)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$
Емоційне благополуччя	$66,2 \pm 1,9$ (16,3)	$60,2 \pm 2,1$ (18,1)	$90,2 \pm 0,6$ (4,5)	$pA < 0,001$ $pB < 0,001$ $pAB < 0,05$

Примітки: pA – вірогідність різниці між показниками групи А та контрольної групи; pB – вірогідність різниці між показниками групи В та контрольної групи; pAB – вірогідність різниці між показниками групи А та групи В; m – середня похибка середнього арифметичного; SD – середнє квадратичне відхилення, сигма.

## Відомості про авторів

**Соломко Олег Богданович** – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, факультет післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; тел.: (093) 535-69-05. *E-mail: solo.oleg1987@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5277-6853

**Шурпяк Сергій Олександрович** – д-р мед. наук, проф., кафедра сімейної медицини, факультет післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; тел.: (097) 051-42-21. *E-mail: serhiy\_shurpyak@yahoo.com*

ORCID: 0000-0002-5445-6375

## Information about the authors

**Solomko Oleg B.** – MD, PhD student, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (093) 535-69-05. *E-mail: solo.oleg1987@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5277-6853

**Shurpyak Serhiy O.** – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Family Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (097) 051-42-21. *E-mail: serhiy\_shurpyak@yahoo.com*

ORCID: 0000-0002-5445-6375

## ПОСИЛАННЯ

- Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. Netherlands: EAU; 2022. 76 p.
- Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril.* 2010;93(7):2424-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.017.
- Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(2):501-11. doi: 10.1067/mob.2002.124940.
- Laurson BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *Eur J Pain.* 2005;9(3):267-75. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.07.003.
- Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med.* 2011;8(2):497-503. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x.
- Odarushchenko OI. Application of biofeedback (BOS) in psychological rehabilitation of women with chronic pelvic pain. In: *Material I scientific-practical. Conf Arbat Readings.* 2020 Feb 20; Moscow. Moscow: National Medical Research Center for Rehabilitation and Kurortol; 2020, p. 78-83.
- Romão APMS, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJC, Rosa-E-Silva JC, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2009;63(5):707-11.
- Dubossarska ZM, Hrek LP. Syndrome of Chronic Pelvic Pain in Gynecological Patients, Therapeutic and Diagnostic Aspects and Rehabilitation. *Medical Perspectives.* 2012;12(3):77-82.
- Howard FM, Yamamoto MP. Chronic pelvic pain. *Clin Gynecol.* 2015;5(5):51-74.
- AbdelHafeez MA, Reda A, Elnaggar A, El-Zeneiny H, Mokhles JM. Gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;300(5):1271-7. doi: 10.1007/s00404-019-05272-z.
- Carey ET, Till SR, As-Sanie S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. *Drugs.* 2017;77(3):285-301. doi: 10.1007/s40265-016-0687-8.
- Souza CA, Oliveira LM, Scheffel C, Genro VK, Rosa V, Chaves MF, Cunha Filho JS. Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9:41. doi: 10.1186/1477-7525-9-41.
- Yosef A, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, Cua G, Bedaiwy MA. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment. *Middle East Fertil Soc J;* 2016;(21):205-21. doi: 10.1016/j.mefs.2016.08.001.
- Siqueira-Campos VME, Da Luz RA, de Deus JM, Martinez EZ, Conde DM. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *J Pain Res.* 2019;12:1223-33. doi: 10.2147/JPR.S195317.
- Bonnema R, McNamara M, Harsh J, Hopkins E. Primary care management of chronic pelvic pain in women. *Cleve Clin J Med.* 2018;85(3):215-23. doi: 10.3949/ccjm.85a.16038.
- As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(4):317. doi: 10.1016/j.ajog.2013.12.048.
- Gasiewicz N, Romero M. Women's Gynecologic Health. In: Kerri Durnell Schuiling, editor. *Women's Gynecologic Health.* 3rd ed. United States: Jones & Bartlett Learning; 2017, p. 711-70.
- Meltzer-Brody S, Leserman J. Psychiatric comorbidity in women with chronic pelvic pain. *CNS Spectr.* 2011;16(2):29-35. doi: 10.1017/S1092852912000156.
- Cagnacci A, Della Vecchia E, Xholli A. Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood. *Gynecol Endocrinol.* 2019;35(6):502-05. doi: 10.1080/09513590.2018.1540571.
- Graziottin A. Psychogenic causes of Chronic Pelvic Pain and impact of CPP on psychological status. *Chronic pelvic pain.* United States: Wiley, 2011, p. 29-39.
- Herasymchuk PO, Fira DB, Pavlyshyn AV. Assessment of Quality of Life Associated with Healthy in Medicine. *Bulletin of Medical and Biological Research.* 2021;(1):112-22.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
- Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS One.* 2019;14(1):e0208464. doi: 10.1371/journal.pone.0208464.
- Mehedintu C, Frincu F, Brinduse LA, Carp-Veliscu A, Bratila E, Hennerter C, Roman H. Postoperative Assessment of the Quality of Life in Patients with Colorectal Endometriosis. *J Clin Med.* 2021;10(21):5211. doi: 10.3390/jcm10215211.
- Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril.* 2011;96(2):366-73. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.090.

Стаття надійшла до редакції 09.11.2022. – Дата першого рішення 14.11.2022. – Стаття подана до друку 12.12.2022