

Особливості клінічного перебігу больового синдрому при ендометріозі в умовах війни: досвід жінок – внутрішньо переміщених осіб та учасниць бойових дій

Н. В. Косей^{1, 2}, В. С. Сольський¹, Л. О. Борисова¹, Т. Е. Крисенко¹, Т. І. Кваша¹, Г. А. Токар³

¹ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

²ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України», м. Київ

³Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: вивчення особливостей клінічного перебігу генітального ендометріозу та вираженості больового й психоемоційного компонентів у жінок, життя яких безпосередньо торкнулася війна (військовослужбовиць та внутрішньо переміщених осіб (ВПО)), порівняно з цивільними жінками без воєнного досвіду.

Матеріали та методи. До дослідження включено 269 жінок віком 18–55 років ($41,8 \pm 8,4$ року), в яких діагноз ендометріозу було встановлено на підставі оперативного втручання з візуалізацією та/або гістологічною верифікацією вогниць, за даними ультразвукового дослідження або магнітно-резонансної томографії. Сформовано 3 групи учасниць: I група – 55 жінок-військовослужбовиць; II група – 103 жінки-ВПО; контрольна група (КГ) – 111 цивільних жінок без воєнного досвіду. Вираженість болю та об'єктивних ознак ендометріозу оцінювали за шкалою Бібероглу – Бермана, рівень тривоги та депресії – за госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Статистичну обробку даних здійснювали з використанням однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) з пост-хок тестом Тьюкі та χ^2 -тесту Пірсона ($p < 0,05$).

Результати. Учасниці I і II груп мали вірогідно вищу інтенсивність тазового болю, дисменореї, диспареунії та вищі сумарні бали за шкалою Бібероглу – Бермана порівняно з КГ. У I групі відзначено найвищі показники тазової чутливості й фізикальних ознак (ущільнення, болісність при пальпації), тоді як у II – максимальні сумарні бали за шкалою симптомів та ознак. За даними HADS, частка жінок із клінічно значущою тривожністю та депресією була достовірно вищою у I та II групах, ніж у КГ; найвищі показники клінічної тривоги (39,8%) та депресії (33,9%) відзначено у II групі.

Висновки. Війна асоціюється з тяжчим перебігом ендометріозу у жінок, залучених до бойових дій або вимушеного переселення, що проявляється посиленням больового синдрому, інфільтративних форм ураження та високою поширеністю тривожних і депресивних розладів. Отримані дані підкреслюють необхідність мультидисциплінарного підходу до ведення таких пацієнток з обов'язковим включенням психоемоційного скринінгу та цільових програм медичної й психологічної підтримки.

Ключові слова: ендометріоз, тазовий біль, тривога, депресія, шкала HADS, шкала Бібероглу – Бермана, військовослужбовиці, внутрішньо переміщені особи, війна.

Clinical features of pain syndrome in endometriosis during wartime: experience of internally displaced women and female combatants

N. V. Kosei, V. S. Solskyi, L. O. Borysova, T. E. Krysenko, T. I. Kvasha, H. A. Tokar

The objective: to evaluate the clinical course of genital endometriosis and severity of pain and psycho-emotional symptoms in women whose lives have been directly affected by war (servicewomen and internally displaced persons (IDPs)) compared with civilian women without military experience.

Materials and methods. This study included 269 women aged 18–55 years (41.8 ± 8.4 years) with a confirmed diagnosis of endometriosis based on surgical visualization and/or histological verification of lesions, or typical findings on ultrasound or magnetic resonance imaging. 3 groups of participants were formed: I group – 55 servicewomen; II group – 103 women who are IDPs; control group (CG) – 111 civilian women without war-related exposure. Pain intensity and clinical signs of endometriosis were assessed using the Biberoglu and Behrman Scale, while anxiety and depression levels were evaluated with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Statistical analysis was performed using one-way analysis of variance (ANOVA) with Tukey post-hoc test and Pearson's χ^2 test ($p < 0.05$).

Results. The participants in the I and II groups demonstrated significantly higher intensity of pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia and higher total scores on the Biberoglu and Behrman Scale compared with women in CG. I group had the highest scores for pelvic tenderness and objective physical signs (firmness and tenderness on palpation), whereas II group – the highest total scores for symptoms and signs. According to HADS, the proportion of women with clinically significant anxiety and depression was significantly higher in I and II groups than in CG; the highest rates of clinical anxiety (39.8%) and depression (33.9%) observed in the II group.

Conclusions. War is associated with a more severe course of endometriosis in women involved in military service or who are internally displaced, which is manifested by increased pain intensity, more pronounced infiltrative forms and a high prevalence of anxiety and depressive disorders. These findings highlight the need for a comprehensive multidisciplinary approach to the management of women with endometriosis in war settings, including routine psycho-emotional screening and targeted medical and psychological support programs.

Keywords: *endometriosis, pelvic pain, anxiety, depression, HADS, Biberoglu and Behrman Scale, servicewomen, internally displaced women, war.*

Збройна агресія російської федерації проти України, що почалася у 2014 р. та переросла у повномасштабну війну у 2022 р., стала однією з наймасштабніших гуманітарних катастроф ХХІ століття на європейському континенті. За даними Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій, станом на 2024 р. в Україні налічується понад 5 млн внутрішньо переміщених осіб (ВПО), серед яких переважають жінки [1].

Водночас тисячі українок проходять службу в Збройних силах України, виконуючи як бойові, так і тилові завдання [2, 3]. Окрім безпосередньо залучених до військових дій, до категорії жінок, дотичних до війни, належать також дружини, матері, доньки та сестри військовослужбовців. Попри відмінності у статусі, ці групи об'єднують спільні риси: постійний або хронічний стрес, травматичний досвід, адаптація до нових умов життя, втрати та невизначеність.

У зв'язку з цим дедалі більше науковців зосереджуються на вивченні медичних наслідків збройних конфліктів, зокрема впливу стресу на репродуктивне здоров'я жінок [4]. Хронічний стрес є одним із ключових чинників, що впливають на функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової осі, а отже, може призводити до гормональних порушень, розладів менструального циклу й загострення гінекологічних захворювань, серед яких особливе місце посідає ендометріоз [5, 6].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ендометріоз – це хронічне, часто болісне захворювання, яке уражує приблизно 10% жінок репродуктивного віку [7]. Атипове розташування тканин, подібних до ендометрію, спричиняє запальні реакції, що призводять до утворення спайок, кіст, інфільтратів і розвитку хронічного больового синдрому.

Біль при ендометріозі є не лише фізичним симптомом, а й вагомим фактором, що суттєво знижує якість життя жінки, впливаючи на її працездатність, соціальну активність і психоемоційний стан. Дисменорея, хронічний тазовий біль та диспареунія здатні ускладнювати міжособистісні стосунки, провокувати розвиток депресії, безсоння, втрату апетиту та інші негативні наслідки [8, 9]. Також важливо зазначити, що аномальні маткові кровотечі, які переважно супроводжують клінічний перебіг ендометріозу, можуть суттєво погіршувати якість життя жінок [10, 11].

Сучасні дослідження підтверджують, що больовий синдром при ендометріозі має мультифакторну природу: окрім органічних причин, значну роль відіграють механізми центральної сенситизації, за участю нервової системи [12, 13]. У цьому контексті емоційний стан, рівень психоемоційного навантаження, а також наявність тривожних чи депресивних розладів здатні посилювати суб'єктивне сприйняття болю [14, 15].

У цьому ж аспекті цікавими є результати метааналізу, проведеного J. Tesarz et al. у 2020 р. [16]. Дослідники проаналізували сприйняття експериментального болю у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) порівняно з контрольною групою. Стратифікація залежно від типу травматичного досвіду продемонструвала значущі відмінності: ПТСР, асоційований із бойовими діями, був пов'язаний із підвищеним больовим порогом, тоді як при дорожньо-транспортних пригодах – навпаки, зі зниженим.

Слід зазначити, що, хоча багато військовослужбовиць успішно реалізують себе під час та після проходження служби, вони мають непропорційно вищий ризик розвитку психічних розладів, ніж цивільне жіноче населення. Дослідження, опубліковане у виданні “Psychiatric Clinics of North America”, підтверджує, що депресія, тривожні розлади, розлади харчової поведінки та спроби самогубства є більш поширеними серед військовослужбовиць [17].

Крім того, сам ендометріоз може бути незалежним чинником розвитку депресивних і тривожних розладів. Згідно з метааналізом 2022 р., симптоми депресії та тривожності значно частіше відмічаються у жінок з ендометріозом, причому їх вираженість тісно пов'язана з хронічним болем [18].

Постійні фізичні навантаження, що є невід'ємною частиною військової служби, створюють додаткові складнощі для жінок, які мають ендометріоз. Інтенсивні тренування та фізичні випробування можуть провокувати загострення симптомів, насамперед тазового болю. Водночас війна позбавляє можливості для повноцінного відпочинку: хронічна втома, порушення сну посилюють навантаження на організм і погіршують перебіг захворювання [19, 20].

До найбільш вразливих груп також належать жінки, які зазнали внутрішнього переселення. Їм доводиться швидко адаптуватися до нових соціально-побутових умов, часто з одночасним піклуванням про дітей. У таких умовах ендометріоз-асоційований біль значно ускладнює виконання щоденних завдань і обов'язків. За даними досліджень, хронічний тазовий біль суттєво впливає на стояння, ходьбу, сидіння, дефекацію, сон, фізичну активність, виконання домашніх справ, сексуальну й соціальну активність, професійну реалізацію та емоційний добробут. Зокрема, 33,7% жінок із хронічним болем повідомили про помірні, а 27,5% – про значні обмеження в повсякденному житті [21].

Останніми роками зростає інтерес до оксидативного стресу як одного з ключових механізмів патогенезу ендометріозу. З огляду на підвищений рівень психоемоційного напруження, обмежений доступ до збалансованого харчування та відпочинку, жінки-ВПО і військовослужбовиці належать до групи підвищеного ризику розвитку оксидативного стресу [22, 23].

У жінок, які перебувають під впливом воєнних чинників, якість харчування часто суттєво погіршується. Зокрема, військовослужбовиці в умовах бойових дій нерідко позбавлені можливості дотримуватися повноцінного раціону через обмежений доступ до свіжих продуктів, відсутність умов для приготування їжі та хронічний дефіцит часу. Жінки-ВПО можуть стикатися з епізодами продовольчої нестабільності, зумовленими порушенням соціального забезпечення й перебоями у постачанні базових продуктів. Такі фактори харчової недостатності здатні посилювати запальні процеси, змінювати гормональний баланс і, відповідно, погіршувати клінічний перебіг ендометріозу, підвищуючи інтенсивність больового синдрому та частоту рецидивів [24].

Таким чином, жінки, які проживають в умовах війни або безпосередньо залучені до неї, стикаються з унікальним, комплексним навантаженням – як фізичним, так і психоемоційним. Вони переживають втрату житла, зміни соціального статусу, ризики насильства та обмеження доступу до медичної допомоги [25]. Сукупно ці фактори створюють сприятливе середовище для маніфестації або загострення перебігу ендометріозу, зокрема його больового компонента.

Попри актуальність проблеми, в Україні наразі відсутні масштабні дослідження, присвячені особливостям перебігу ендометріозу у жінок, які зазнали воєнного досвіду. Наявні наукові публікації переважно фокусуються на загальних аспектах психічного здоров'я жінок-ВПО чи військовослужбовиць, або навпаки, на медикаментозній терапії, залишаючи поза увагою гінекологічні захворювання. Це обмежує можливості для цілісного підходу до медичної допомоги таким пацієнткам [26].

Дослідження спрямоване на аналіз впливу війни, зокрема через дію психоемоційного стресу, на вираженість больового синдрому, оцінку потреби в медичній, психологічній та соціальній підтримці, а також на привернення уваги медичної спільноти до цієї вкрай важливої, проте недостатньо дослідженої проблеми.

Мета дослідження: вивчення особливостей клінічного перебігу генітального ендометріозу у жінок, які зазнали воєнного досвіду, зокрема ВПО та жінок, залучених до бойових дій, з акцентом на взаємозв'язок між психоемоційним стресом і вираженістю больового синдрому. Дослідження спрямоване на визначення характеру впливу воєнних чинників на клінічну картину ендометріозу з метою підвищення ефективності діагностики, лікування та комплексної підтримки цієї вразливої категорії пацієнток.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Колективом лікарів-науковців ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» та ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» наразі проводиться активна акушерсько-гінекологічна допомога жінкам-ВПО та жінкам, що залучені у війні (військовослужбовиці, дружини військовослужбовців, волонтерки, працівниці служб надзвичайних ситуацій, пожежниці, ветерани та інші категорії).

Завдяки кропіткій праці колективу за часи повномасштабного вторгнення проконсультовано та надано

медичну допомогу більше ніж 1000 жінок. У цій статті наведені дані спостереження за жінками з діагнозом ендометріозу, яким проводили оцінювання ступеня вираженості больового синдрому та об'єктивних даних за допомогою суб'єктивної шкали Бібероглу – Бермана, а також оцінювали рівень стресу та тривоги за госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).

Слід зазначити, що серед учасниць дослідження поширеність ендометріозу становила 21%, що на 11% більше, ніж у загальній популяції.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджений локальним етичним комітетом для всіх учасниць.

До дослідження включено 269 жінок віком 18–55 років (середній вік – $41,8 \pm 8,4$ року), що мали скарги на біль під час менструації, диспареунію та будь-які больові циклічні прояви, а також в яких діагноз ендометріозу було встановлено на підставі оперативного втручання з візуалізацією або гістологічним підтвердженням цього стану, з ендометріюїдними утвореннями за даними ультразвукового дослідження (в I фазу менструального циклу) або магнітно-резонансної томографії.

Тривалість захворювання серед жінок, в яких діагноз був встановлений раніше, коливалася від 1 до 12 років і становила в середньому $4,8 \pm 2,6$ року. До моменту участі в дослідженні жодна з респонденток не отримувала етіопатогенетичного лікування (гормональна терапія, антиноцицептивні схеми), що дозволяло уникнути впливу терапевтичних факторів на інтенсивність больового синдрому. Однак у частини пацієнток застосовувалися симптоматичні підходи (нестероїдні протизапальні препарати, спазмолітики), які не мали тривалого характеру та не впливали на результати оцінювання.

Анамнез хірургічного лікування наявний у 98 (36,4%) жінок, переважно у формі лапароскопічних втручань із приводу ендометріюїдних кіст або інфільтративних форм ендометріозу. Репродуктивний анамнез учасниць характеризувався наявністю вагітностей у 172 (63,9%) жінок та пологів у 131 (48,7%) жінки. Порушення менструального циклу, включно з гіпер- і гіпоменструальним синдромом та аномальними матковими кровотечами, відзначалися у 118 (43,9%) учасниць.

Жінок було розподілено на 3 групи:

- I група – 55 жінок-військовослужбовиць, які безпосередньо брали участь у бойових діях, а також без бойового досвіду;
- II група – 103 жінки-ВПО, які постраждали внаслідок повномасштабного вторгнення та вимушені були змінити місце проживання;
- контрольна група (КГ) – 111 цивільних жінок, які не змінювали місце проживання та не пов'язані зі службою у Збройних силах України.

Для більш коректної інтерпретації результатів проаналізовано клініко-анамнестичні характеристики жінок, включених у дослідження. Середній вік у I групі становив $39,6 \pm 7,8$ року, у II групі – $43,1 \pm 8,6$ року, у КГ – $42,3 \pm 7,9$ року. У 154 (57,2%) жінок діагноз ендометріозу встановлений раніше, тоді як у 115 (42,8%) його вперше було підтверджено під час включення у дослідження.

Шкала Бібероглу – Бермана (Biberoglu and Behrman Scale) є інструментом, розробленим для оцінки симптомів ендометріозу, зокрема болю, що часто асоціюється з цим захворюванням. Вона була створена в 1980-х рр. і з того часу стала одним із найбільш використовуваних методів для кількісної оцінки симптомів у жінок з ендометріозом, особливо в контексті клінічних досліджень, спрямованих на оцінку ефективності лікування. Шкала складається з двох компонентів: 1-й – оцінюють пацієнтки, 2-й – оцінює лікар. Параметри 1-го компонента визначають основні симптоми ендометріозу, як-от дисменорея, диспареунія, тазовий біль поза періодом менструації, а також (у деяких випадках) головний біль і мігрень, порушення функції кишечника й сечового міхура. Пацієнтки оцінювали кожен симптом за шкалою від 0 до 3 балів, де 0 відповідає відсутності симптомів, а максимальне значення вказує на найбільшу інтенсивність болю чи дискомфорту. Це дозволило лікарям об'єктивно оцінити ступінь вираженості симптомів до і після лікування. Інша частина шкали, яку заповнює лікар після бімануального обстеження пацієнтки, включає оцінку чутливості при пальпації додатків матки й заднього склепіння, а також пальпаторного «ущільнення» в ділянці малого таза. Ступінь вираженості зазначених характеристик також оцінювався від 0 до 3 балів.

Завдяки таким інструментам, як шкала Бібероглу – Бермана, медичні фахівці можуть краще адаптувати плани лікування до індивідуальних потреб пацієнток, забезпечуючи максимально ефективний підхід до ведення цього складного захворювання [27].

Шкала HADS є важливим інструментом у медичній практиці, який допомагає виявляти й оцінювати рівень тривоги та депресії у пацієнтів із різними захворюваннями. Вона складається з 14 запитань, розділених на дві підшкали:

- 1-ша оцінює рівень тривоги (HADS-A): питання зосереджені на таких симптомах тривоги, як нервозність, напруженість, панічні атаки та інші ознаки неспокою;
- 2-га – рівень депресії (HADS-D): питання орієнтовані на визначення рівня депресії, включно з відчуттям печалі, безнадійності, зниженням інтересу до життя та активностей.

Кожна підшкала містить по 7 запитань, які пацієнт заповнює самостійно, відповідаючи на них на основі своїх відчуттів протягом останнього тижня. Отримавши числові значення, можна оцінити рівень вираженості психоемоційних розладів: 0–7 балів відповідають нормальному рівню, 8–10 – пограничному, а ≥ 11 – клінічно значущим проявам тривоги або депресії.

Шкала HADS є особливо корисною в сучасних умовах, оскільки дозволяє ідентифікувати категорію жінок із вираженими психоемоційними, тривожними та депресивними проявами, яким у першу чергу необхідна психологічна допомога, навіть якщо вони перебувають в умовах мобільного намету. Це важливо, оскільки такі психологічні стани можуть значно вплинути на бойову здатність і працездатність у цілому [28].

Отримані результати опрацьовували з використанням стандартних методів варіаційної статистики.

Первинну обробку та систематизацію даних здійснювали за допомогою програм Microsoft Excel 2019 та Microsoft Word 2019 (Microsoft Corporation, США). Для кількісних показників визначали середнє арифметичне значення (M) та стандартне відхилення (SD). Достовірність відмінностей між трьома групами оцінювали за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) з подальшим пост-хок тестом Тьюкі. Для порівняння категоріальних показників застосовували χ^2 -тест Пірсона. Силу та напрям взаємозв'язку між окремими змінними визначали за допомогою кореляційного аналізу з розрахунком коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середні вікові характеристики та анамнестичні дані жінок трьох груп свідчать про порівнянність вибірок і коректність подальшої оцінки вираженості больового синдрому. Військовослужбовиці були дещо молодшими за учасниць інших груп, що узгоджується із середнім віком жінок, залучених до служби. У II групі та КГ вік жінок був вищим, що може частково впливати на показники тривалості перебігу ендометріозу, однак, відповідно до критеріїв включення у дослідження, жодна з жінок не отримувала гормонального лікування на момент опитування, що дало змогу оцінювати прояви болю без терапевтичних модифікаторів.

Слід зазначити, що 57,2% жінок мали встановлений діагноз до включення в дослідження, із середньою тривалістю захворювання близько 5 років, тоді як у 42,8% учасниць діагноз підтверджено вперше. Це дозволило порівнювати інтенсивність симптомів між жінками з різними історіями хвороби. Частка оперативних втручань у минулому (36,4%) відповідає світовим даним щодо частоти хірургічної корекції ендометріозу.

Оцінка больового профілю за шкалою Бібероглу – Бермана продемонструвала чіткі відмінності між трьома досліджуваними групами. За показником вираженості тазового болю встановлено, що як військовослужбовиці, так і жінки-ВПО характеризуються більш інтенсивним больовим синдромом порівняно з КГ. Це узгоджується з підвищеним рівнем хронічного стресу та вищою частотою тригерних факторів у цих категорій жінок. Пост-хок аналіз показав, що саме ці дві групи вірогідно відрізняються від КГ ($p < 0,05$) (табл. 1).

У структурі менструального болю (дисменореї) також виявлено достовірні міжгрупові відмінності. Показники в I та II групах були достовірно вищими за КГ, що свідчить як про виражену інтенсивність болю, так і його вплив на працездатність. Хоча різниця між двома досліджуваними групами була мінімальною, у них обох відзначається статистично значуще перевищення показника порівняно з КГ (ANOVA з пост-хок тестом Тьюкі, $p < 0,05$). Це свідчить про те, що як фізичні, так і психоемоційні навантаження можуть посилювати симптоматику ендометріозу незалежно від специфічних умов перебування.

Диспареунія виявилася менш вираженою, проте залишалася більш відчутною у жінок-ВПО порівняно

з КГ, що також підтверджено статистично ($p < 0,05$). Військовослужбовиці демонстрували тенденцію до посилення цього симптому, але різниця порівняно з цивільними жінками була менш вираженою (табл. 1). Це може бути пов'язано з особливостями фізичної активності, рівнем стресу та доступом до лікування.

Аналіз сумарного показника больових симптомів показав найбільш суттєві відмінності між групами. У досліджуваних групах він був значно вищим, ніж у КГ, що відображає не лише інтенсивність окремих проявів, а й загальний вплив ендометріозу на якість життя. Середньогрупові значення у I та II групах суттєво перевищували відповідний показник у КГ, зокрема у II групі відзначено найвищий сумарний бал ($p < 0,05$). Саме цей інтегральний показник демонструє найбільш виражене посилення симптоматики в умовах війни.

У частині фізикального обстеження також встановлено чіткі відмінності: показники тазової чутливості й наявності ущільнень були достовірно вищі у I та II групах порівняно з КГ. Це свідчить про активніший перебіг ендометріозу та підвищену реактивність тканин. Сумарний бал фізикальних симптомів був статистично вищим у I групі, що підтверджує більшу поширеність або вираженість інфільтративних форм ендометріозу у цієї когорти.

Загальний інтегральний показник, який об'єднує клінічні симптоми та дані об'єктивного огляду, також демонструє найбільш несприятливу картину у двох досліджуваних групах. Найвищий сумарний бал зафіксовано у II групі, що свідчить про поєднання виражених суб'єктивних симптомів та об'єктивних ознак захворювання. Учасниці I групи мали подібну, але дещо меншу інтенсивність симптомів, проте відміннос-

ті порівняно з КГ залишалися статистично значущими ($p < 0,05$) (табл. 1).

Оцінювання рівня тривожності за шкалою HADS показало суттєві відмінності між трьома групами. Учасниці I і II груп демонстрували значно вищу частку як субклінічної, так і особливо клінічно значущої тривожності порівняно з КГ. Зокрема, кількість жінок із клінічно вираженою тривогою була статистично вищою в обох досліджуваних групах ($p < 0,05$). КГ натомість характеризувалася найбільшою часткою жінок із нормальними показниками тривожності, що свідчить про менший рівень емоційного навантаження в умовах, не пов'язаних із військовою службою чи вимушеним переміщенням (табл. 2).

Порівняння результатів I та II груп виявило подібну тенденцію: у жінок обох груп переважали підвищені показники тривожності, проте саме у жінок ВПО рівень клінічної тривожності був найвищим серед усіх груп, що може відображати тривалу дію дистресу, невизначеність життєвих умов і перебування у стані хронічної соціально-психологічної напруги. Хоча ці дві групи не завжди статистично відрізнялися між собою, обидві мали значущо гірший психоемоційний стан порівняно з КГ.

Аналіз структури депресивних симптомів також продемонстрував вірогідні міжгрупові відмінності. У I та II групах кількість учасниць із нормальним рівнем депресії була значно меншою, ніж у КГ ($p < 0,05$). Водночас частка жінок із клінічно значущою депресією в досліджуваних групах була майже вдвічі більшою, що підтверджує суттєвий вплив військового досвіду, психологічного тиску та вимушених змін середовища на психоемоційний стан пацієнток з ендометріозом.

Таблиця 1

Результати оцінювання симптомів у досліджуваних жінок за шкалою Бібероглу – Бермана, бали

Показники	I група (n = 55)	II група (n = 103)	КГ (n = 111)
Тазовий біль	2,3 ± 1,0*	2,7 ± 0,9*	1,6 ± 0,8
Дисменорея	2,5 ± 1,0*	2,6 ± 0,9*	2,0 ± 0,8
Диспареунія	1,3 ± 1,0	1,6 ± 0,9*	1,2 ± 0,8
Загалом (за шкалою тазового болю)	6,10 ± 1,73*	6,90 ± 1,56*	4,8 ± 1,4
Тазова чутливість	2,9 ± 0,9*	2,6 ± 0,8*	1,9 ± 0,7
Ущільнення	2,3 ± 0,9*	2,2 ± 0,8*	1,8 ± 0,7
Загалом за шкалою фізикального обстеження	4,7 ± 1,3*	4,3 ± 1,2*	3,7 ± 0,9
Загалом за шкалою симптомів та ознак	10,8 ± 2,2*	11,2 ± 1,9*	8,5 ± 1,7

Примітка: * – статистично значущі відмінності порівняно з КГ за результатами однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) з пост-хок тестом Тьюкі ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Результати опитування досліджуваних жінок за шкалою HADS

Показники	Рівень	I група (n = 55)	II група (n = 103)	КГ (n = 111)
Тривога	Норма (0–7 балів)	16 (29,0%)*	26 (25,2%)*	53 (47,7%)
	Субклінічна (8–10 балів)	24 (43,6%)	36 (34,9%)	36 (32,4%)
	Клінічна (11+ балів)	15 (27,2%)*	41 (39,8%)*	22 (19,8%)
Депресія	Норма (0–7 балів)	20 (36,3%)*	21 (20,3%)*	56 (50,4%)
	Субклінічна (8–10 балів)	23 (41,8%)	47 (45,6%)	37 (33,3%)
	Клінічна (11+ балів)	12 (21,8%)*	35 (33,9%)*	19 (17,1%)

Примітка: * – статистично значуща відмінність порівняно з КГ ($p < 0,05$), визначено за допомогою χ^2 -тесту Пірсона.

Субклінічна депресія була поширеною в усіх групах, проте саме в II групі цей показник був найвищим, що свідчить про стійке емоційне виснаження та ризик переходу до клінічної форми за відсутності підтримки й лікування. КГ мала найнижчі показники клінічної депресії, підтверджуючи роль зовнішніх стресових чинників у формуванні психоемоційного дисбалансу.

Узагальнюючи, дані HADS демонструють, що як у військовослужбовців, так і у жінок-ВПО спостерігається значно більша поширеність тривожних та депресивних симптомів порівняно з цивільними жінками. Найбільш значущі відмінності стосуються клінічних рівнів тривоги та депресії, що підтверджує їхній виражений психоемоційний дистрес і потребу в комплексній медико-психологічній підтримці (табл. 2).

Кореляційний аналіз проводився для загальної вибірки жінок з ендометріозом ($n = 269$), без розподілу на групи, з метою оцінки загальних тенденцій взаємозв'язку між больовим синдромом і психоемоційними показниками. Встановлено помірний прямий кореляційний зв'язок між сумарним балом за шкалою Бібероглу – Бермана та рівнем тривоги за HADS-A ($r = 0,44$; $p < 0,001$). Крім того, виявлено достовірний зв'язок між інтенсивністю хронічного тазового болю та рівнем депресії за HADS-D ($r = 0,32$; $p = 0,003$). Аналіз окремих груп не здійснювався, оскільки метою кореляційного аналізу було визначення загальної закономірності у популяції жінок з ендометріозом.

Отримані результати підтвердили, що у жінок з ендометріозом, життя яких безпосередньо торкнулася війна, перебіг захворювання є суттєво тяжчим порівняно з цивільними пацієнтками без воєнного досвіду. Військовослужбовці та жінки-ВПО мають більш інтенсивний тазовий біль і дисменорею, диспареунію та вищі сумарні бали за шкалою Бібероглу – Бермана, що свідчить про значний вплив хронічного стресу, фізичних навантажень і соціально-психологічних чинників на клінічну картину ендометріозу. Ці дані узгоджуються з результатами попередніх досліджень, де підкреслюється роль стресу та порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової осі у загостренні гінекологічної патології, зокрема ендометріозу [4–6].

Отримані результати корелюють з науковими роботами, в яких показано, що ендометріоз-асоційований біль має мультифакторну природу й може посилюватися під впливом механізмів центральної сенситизації, нейрозапалення та зміни больового порогу внаслідок стресу [11–14]. На тлі тривалого психоемоційного напруження, характерного для жінок, залучених до воєнних подій, більш виражений больовий синдром може відображати не лише локальні морфологічні зміни, а й зміну чутливості нервової системи. Це також підтверджується результатами метааналізів, в яких продемонстровано тісний взаємозв'язок хронічного болю з тривожними та депресивними розладами [17].

Цікаво, що профілі симптомів у двох вразливих групах відрізнялися. У I групі виявлено найвищі показники тазової чутливості та структурних змін за даними фізичного обстеження, що може бути пов'язано з трива-

лим фізичним навантаженням, недостатнім доступом до лікування й пізніми зверненнями по медичну допомогу. У II групі, навпаки, максимальними були сумарні бали суб'єктивних симптомів, що відображає поєднання соматичного болю з високим рівнем психоемоційного стресу, спричиненого втратою житла, зміною соціального статусу та невизначеністю майбутнього [20, 24].

Отримані результати щодо тривоги й депресії повністю узгоджуються з даними міжнародних досліджень, які підтверджують високу поширеність психічних розладів серед військовослужбовців і ветеранок [16], а також серед жінок, які пережили досвід війни та вимушеного переселення [24]. Результати дослідження також підтверджують висновки метааналізів, які демонструють підвищений ризик тривоги та депресії у жінок з ендометріозом порівняно з загальною популяцією [17]. Комбінація воєнного стресу та хронічного болю створює подвійне навантаження, яке закономірно призводить до більшої частки клінічно значущих психоемоційних розладів у військових і ВПО.

Додатковим обґрунтуванням тяжкого перебігу ендометріозу у досліджуваних групах може бути підвищений рівень оксидативного стресу, про важливу роль якого в патогенезі ендометріозу повідомляють у численних наукових роботах [21, 22]. З огляду на умови війни, такі чинники, як порушення харчування, дефіцит відпочинку та хронічне перевантаження, можуть лише посилювати ці механізми, що, своєю чергою, впливає на вираженість больового синдрому й частоту загострень [23].

Отже, ендометріоз у жінок, які проживають в умовах війни або безпосередньо залучені до неї, слід розглядати як захворювання, перебіг якого суттєво модифікується психоемоційними й соціальними чинниками. Відповідно до результатів дослідження та світових даних, ведення таких пацієнток потребує мультидисциплінарного підходу з обов'язковим психоемоційним скринінгом, включенням психологічної підтримки та врахуванням впливу стресу на больовий синдром. Це цілком узгоджується з сучасними рекомендаціями щодо інтеграції психічного здоров'я в соматичну медицину [16–18].

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження продемонструвало, що у жінок, життя яких безпосередньо торкнулася війна (військовослужбовців, волонтерок, працівниць служб безпеки та ВПО), спостерігається погіршення клінічного перебігу ендометріозу. У досліджуваних групах відзначалося значне посилення інтенсивності больового синдрому, диспареунії та дисменореї, що підтверджувалося також об'єктивними клінічними даними: більш вираженим ущільненням та болісністю при пальпації матки, придатків і заднього склепіння.

Особливо високі середні показники за шкалою тазової чутливості виявлено у військовослужбовців, в яких симптоми перевищували аналогічні у цивільних пацієнток, не залучених до воєнних дій. Такий результат може відображати глибші локальні ураження органів малого таза, що, ймовірно, пов'язано з фізичним перевантаженням, хронізацією процесу та пізнім зверненням по медичну допомогу в умовах служби.

У жінок-ВПО найвищою виявилася сумарна оцінка за шкалою симптомів і ознак, що свідчить про поєднання виражених соматичних проявів зі значним психоемоційним напруженням. Для військовослужбовиць більш вираженими були об'єктивні клінічні ознаки, тоді як у КГ всі показники залишалися найнижчими, відображаючи відносно стабільний перебіг захворювання без впливу зовнішніх стресових чинників.

Результати психоемоційного тестування за шкалою HADS підтвердили високий рівень тривожності та депресії серед усіх жінок з ендометріозом. Найбільш вразливою виявилася група жінок-ВПО: клінічна тривога виявлена у 39,8% респонденток, а клінічна депресія – у 33,9%. Серед військовослужбовиць ці показники були нижчими, але все ще перевищували рівень КГ. Статистично значущі відмінності підтверджують тісний взаємозв'язок між соціальним контекстом, пе-

режитим стресом і психоемоційним станом пацієнток з ендометріозом.

Отримані результати підтверджують необхідність комплексного мультидисциплінарного підходу до ведення жінок з ендометріозом в умовах війни. Такий підхід має включати не лише клінічну діагностику та лікування, а й регулярну психоемоційну оцінку, скринінг тривожних і депресивних розладів, врахування соціального контексту та забезпечення рівного доступу до спеціалізованої гінекологічної допомоги.

Подальші клінічні стратегії мають передбачати створення алгоритмів психологічної підтримки та тривалої етіопатогенетичної корекції, з метою уповільнення прогресування ендометріозу, зниження ризику ускладнень і збереження репродуктивного здоров'я жінок, які перебувають у ситуації хронічного стресу, пов'язаного з війною.

Відомості про авторів

Косей Наталія Василівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-3085-3285

Сольський Віталій Сергійович – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ;
тел.: (044) 483-93-31. E-mail: vitaliy_solskyi@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-6083-976X

Борисова Лідія Олегівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ;
тел.: (098) 083-84-34. E-mail: lidijaborysova@gmail.com
ORCID: 0009-0004-5873-1372

Крисенко Таїсія Едуардівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ;
тел.: (066) 766-01-25. E-mail: taisii.gynecologist@gmail.com
ORCID: 0009-0003-1934-3687

Кваша Тамара Ігорівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ;
тел.: (044) 483-93-31. E-mail: tamarakvasha@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7936-2538

Токар Ганна Андріївна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (050) 554-10-63.
E-mail: annatokar01234567890@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9430-7588

Information about the authors

Kosei Nataliia V. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv
ORCID: 0000-0003-3085-3285

Solskyi Vitalii S. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (044) 483-93-31.
E-mail: vitaliy_solskyi@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-6083-976X

Borysova Lidiia O. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (098) 083-84-34.
E-mail: lidijaborysova@gmail.com
ORCID: 0009-0004-5873-1372

Krysenko Taisiia E. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (066) 766-01-25.
E-mail: taisii.gynecologist@gmail.com
ORCID: 0009-0003-1934-3687

Kvasha Tamara I. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (044) 483-93-31.
E-mail: tamarakvasha@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7936-2538

Tokar Hanna A. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (050) 554-10-63. E-mail: annatokar01234567890@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9430-7588

ПОСИЛАННЯ

1. Vernadsky National Library of Ukraine. Forced migrants: Status, problems, prospects. Information and analytical publication [Internet]. Kyiv: NBU; 2025. Available from: <https://nbuviap.gov.ua/proekty/informatsiino-analitychni-vydannia/vymusheni-pereselentsi-stand-problemy-perspektyvy-proekty>.
2. Ministry of Defense of Ukraine. Number of women in the army [Internet]. 2024. Available from: <https://mod.gov.ua/news/kilkist-zhinok-v-armii>.
3. Ministry of Defense of Ukraine. Over 5,500 women are currently serving on the front lines – Serhiy Melnyk [Internet]. Kyiv: Ministry of Defense of Ukraine; 2025. Available from: <https://mod.gov.ua/news/ponad-5-500-zhinok-sogodni-sluzhat-na-peredovij-sergij-melnik>.
4. Tatarchuk T, Yefimenko O, Myronenko O, Mnevets R. Consequences of wartime stress on women's reproductive health. *Reprod Endocrinol*. 2024;(72):28-34. doi: 10.18370/2309-4117.2024.72.28-34.
5. Nakamura K, Sheps S, Arck PC. Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. *J Assist Reprod Genet*. 2008;25(2-3):47-62. doi: 10.1007/s10815-008-9206-5.
6. Hu Y, Wang W, Ma W, Wang W, Ren W, Wang S, et al. Impact of psychological stress on ovarian function: Insights, mechanisms and intervention strategies (Review). *Int J Mol Med*. 2025;55(2):34. doi: 10.3892/ijmm.2024.5475.
7. World Health Organization. Endometriosis [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>.

8. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic pelvic pain in women. *Am Fam Physician*. 2016;93(5):380-7.
9. Vadivelu N, Kai AM, Kodumudi G, Babayan K, Fontes M, Burg MM. Pain and psychology-a reciprocal relationship. *Ochsner J*. 2017;17(2):173-80.
10. Pedachenko NY, Tutchenko TM, Tukhtaryan RA. Chronic abnormal uterine bleeding and quality of life in women. *Reprod Endocrinol*. 2020;(51):14-22. doi: 10.18370/2309-4117.2020.51.14-22.
11. Antypkin YG, Vdovychenko YP, Graziottin A, Kaminsky W, Tatarчук TF, Bulavchenko OV, et al. Uterine bleedings and quality of woman's life. *Reprod Endocrinol*. 2019;47:8-12. doi: 10.18370/2309-4117.2019.47.8-12.
12. Chhikara A, Jain M, Vats S, Kashoo FZ, Chahal A, Guliya S, et al. Role of yoga in minimizing stress and anxiety in women experiencing dysmenorrhea. *J Lifestyle Med*. 2023;13(2):90-6. doi: 10.15280/jlm.2023.13.2.90.
13. Reid-McCann R, Poli-Neto OB, Stein K, Dixon S, Cox E, Coxon L, et al. Longitudinal association between dysmenorrhoea in adolescence and chronic pain in adulthood. *Lancet Child Adolesc Health*. 2025;9(11):766-75. doi: 10.1016/S2352-4642(25)00213-5.
14. Rahmioglu N, Mortlock S, Ghiasi M, Möller PL, Stefansdottir L, Galarneau G, et al. The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions. *Nat Genet*. 2023;55(3):423-36. doi: 10.1038/s41588-023-01323-z.
15. De Ridder D, Adhia D, Van-neste S. The anatomy of pain and suffering in the brain and its clinical implications. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;130:125-46. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.08.013.
16. Tesarz J, Baumeister D, Andersen TE, Vaegter HB. Pain perception and processing in PTSD: systematic review and meta-analysis. *Pain Rep*. 2020;5(5):e849. doi: 10.1097/PR9.0000000000000849.
17. Alpert E, Baier AL, Galovski TE. Psychiatric issues in women veterans. *Psychiatr Clin North Am*. 2023;46(3):621-33. doi: 10.1016/j.psc.2023.04.015.
18. Van Barneveld E, Manders J, van Osch FHM, van Poll M, Visser L, van Haeften N, et al. Depression, anxiety, and correlating factors in endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(2):219-30. doi: 10.1089/jwh.2021.0021.
19. Sumbodo CD, Tyson K, Mooney S, Lamont J, McMahon M, Holdsworth-Carson SJ. The relationship between sleep disturbances and endometriosis: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024;293:1-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.12.010.
20. Goksu M, Kadirogullari P, Seckin KD. Evaluation of depression and sleep disorders in the preoperative and postoperative period in stage 4 endometriosis patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;264:254-258. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.07.037.
21. Leuenberger J, Kohl Schwartz AS, Geraedts K, Haeblerlin F, Eberhard M, von Orellie S, et al. Living with endometriosis: Comorbid pain disorders, characteristics of pain and relevance for daily life. *Eur J Pain*. 2022;26(5):1021-38. doi: 10.1002/ejp.1926.
22. Scutiero G, Iannone P, Bernardi G, Bonaccorsi G, Spadaro S, Volta CA, et al. Oxidative stress and endometriosis: A systematic review of the literature. *Oxid Med Cell Longev*. 2017;2017:7265238. doi: 10.1155/2017/7265238.
23. Clower L, Fleshman T, Geldenhuys WJ, Santanam N. Targeting oxidative stress involved in endometriosis and its pain. *Biomolecules*. 2022;12(8):1055. doi: 10.3390/biom12081055.
24. Barnard ND, Holtz DN, Schmidt N, Kolipaka S, Hata E, Sutton M, et al. Nutrition in the prevention and treatment of endometriosis: A review. *Front Nutr*. 2023;10:1089891. doi: 10.3389/fnut.2023.1089891.
25. Sangalang CC, Vang C, Kim BJ, Harachi TW. Effects of trauma and post-migration stress on refugee women's health. *Soc Work*. 2022;swac026. doi: 10.1093/sw/swac026.
26. Podzolkova N, Tatarчук T, Doshchanova A, Eshimbetova G, Pexman-Fieth C. Dydrogesterone treatment for menstrual-cycle regularization: multicenter observational study. *Gynecol Endocrinol*. 2016;32(3):246-9. doi: 10.3109/09513590.2015.1115832.
27. Bourdel N, Alves J, Pickering G, Ramilo I, Roman H, Canis M. Systematic review of endometriosis pain assessment: How to choose a scale? *Hum Reprod Update*. 2015;21(1):136-52. doi: 10.1093/humupd/dmu046.
28. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277-83. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.

Стаття надійшла до редакції 08.10.2025. – Дата першого рішення 14.10.2025. – Стаття подана до друку 21.11.2025