

Современные методы оценки качества жизни больных с эндометриозом (обзор литературы)

Л. В. Адамян, М. М. Сонова, К. Н. Арсланян, О. Н. Логинова

Несмотря на достигнутые успехи в изучении патогенеза, клинической картины, лечения эндометриоза, данное заболевание по-прежнему остается актуальной проблемой современной медицины. Особый интерес в этой области в последние годы приобретают исследования по изучению качества жизни пациенток, страдающих различными формами эндометриоза. Аспект качества жизни является крайне актуальным не только для врачей, но и для самих пациенток и их родственников. Качество жизни пациенток может настолько страдать, что пациентки зачастую не могут вести полноценную в социальном смысле жизнь. В связи с этим крайне актуальным является изучение качества жизни, социальных аспектов жизни больных эндометриозом. Принципиально значимыми социальными аспектами при эндометриозе являются: влияние эндометриоза на работу и образование, работоспособность, отношения с окружающими, отношения с детьми, которые складываются в составляющие качества жизни. Показано, что степень социальной дисфункции выше у больных с болевым синдромом в разных его проявлениях, в сравнении с больными, не имеющими болевого синдрома [16, 21, 28, 34–36]. Социальное функционирование является одной из главных составляющих качества жизни. В последние годы отмечается прогрессивный рост интереса к понятию качества жизни и увеличение публикаций по данной проблеме.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), качество жизни — состояние полного физического, психического и социального благополучия (Ware, Sherbourne, 1992) [1–3, 8, 36]. Качество жизни (КЖ) человека — понятие достаточно широкое и помимо физического, психического и социального благополучия может включать материальные и духовные ценности. Поэтому в последние годы используется термин «качество жизни, ассоциированное со здоровьем» (Health related quality of life). История изучения КЖ в медицине началась в 1947 г. D. Karnofsky в своих работах на примере онкологических больных впервые указал на необходимость изучения всего разнообразия последствий болезни, не ограничиваясь только общепринятыми медицинскими показателями. Болезнь влияет не только на физическое состояние человека, но и на эмоциональные реакции, психологию его поведения, социальное функционирование. В 1966 г. J. R. Erkinnton впервые использовал словосочетание «качество жизни», подчеркивая важность всестороннего изучения проявлений болезни. Официально же термин был признан в медицине в 1977 г., когда появился в качестве рубрики Cumulated Index Medicus. В разработке методологии исследования важную роль играют исследования A. McSweeney, предложившего оценивать КЖ, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга) [4, 10, 11, 36].

В разработку научного изучения КЖ большой вклад внесла ВОЗ — она выработала основополагающие критерии КЖ:

- 1) физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- 2) психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания);
- 3) уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- 4) общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- 5) окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации);
- 6) духовность (религия, личные убеждения).

Качество жизни сегодня — это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья больного как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Единых общеприемлемых критериев и норм КЖ не существует. На оценку КЖ оказывают влияние возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение человека, характер его трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень, региональные особенности, культурные традиции и многие другие факторы. В последние годы выявлен ряд характеристик понятия КЖ: многомерность, изменяемость во времени, участие больного в оценке его состояния. Многомерность означает, что оценка КЖ позволяет определить влияние болезни и лечения на состояние больного, его физическую, психическую и социальную сферы жизни. Изменяемость во времени означает, что КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и корректировать лечение. Участие больного в оценке его состояния подразумевает, что никто кроме самого больного не в состоянии оценить профиль своего здоровья в настоящий момент жизни, дать субъективную оценку удовлетворенностью жизнью в условиях болезни и проводимого лечения. Актуальность изучения КЖ больных эндометриозом связана со многими факторами: возрастающей частотой эндометриоза, склонностью к рецидивам и хронизации процесса, увеличением числа наблюдений бесплодия при эндометриозе, необходимостью

постоянного контроля и длительностью лечения, формированием стойкого болевого синдрома при некоторых формах наружного генитального эндометриоза, существенно снижающего качество жизни больных.

Методы оценки качества жизни

В настоящее время все общепринятые методики предполагают использование стандартизованного опросника, заполняемого больным. Все опросники делятся на общие и специальные. Общие опросники позволяют оценить КЖ независимо от нозологии, тяжести заболевания и вида лечения. Из наиболее распространенных общих опросников, которые рекомендованы институтом MAPI (Франция), это американский опросник SF-36 и его вариации SF-12, SF-20, SF-22 и опросник EuroQol (EQ-5D) [12, 21, 24, 34].

Кроме того, в исследованиях используются Nottingham Health Profile Questionnaire, Short Form McGill Pain Questionnaire, Beck Depression Inventory, Визуальная аналоговая шкала (ВАШ), General Health Questionnaire и другие.

Специальные опросники устанавливают определенные параметры КЖ у пациентов с определенной нозологией заболевания. Они наиболее чувствительны и специфичны по отношению к конкретному заболеванию, чем общие опросники. Наиболее известными из применяемых в настоящее время специальных опросников для больных эндометриозом являются Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) и его модификация Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5) [12, 13, 22, 34]. Опросник демонстрирует хорошую надежность, достоверность и чувствительность, что было доказано несколькими международными рандомизированными исследованиями. EHP-30 делится на две части: базовую и модульную. Базовый опросник состоит из пяти шкал, которые подходит всем женщинам с эндометриозом: pain (боль), control and powerlessness (контроль и жизненная активность), emotional well being (эмоциональная составляющая), social support (социальное функционирование) и self image (самооценка). Модульная часть опросника состоит из 6 частей, включающих 23 вопроса по оценке следующих составляющих нормальной жизни: половая жизнь, работа, взаимоотношения с детьми, отношения с медперсоналом, отношение к лечению и бесплодию. В исследованиях по оценке качества, надежности и специфичности данного опросника было показано, что все шкалы достигали высокой надежности с коэффициентом Кронбаха от 0,83 до 0,93 базовая часть и от 0,79 до 0,96 — модульная часть. Было показано, что The Endometriosis Health Profile-30 (статус здоровья больных эндометриозом) — это надежный, точный, созданный для пациентов инструмент для оценки показателей КЖ больных с эндометриозом. Рассмотрим основные опросники по КЖ больных эндометриозом, используемые в настоящее время.

По заключению Burry, AJOG (1992) [22], общие опросники по КЖ не всегда специфичны к проявлениям конкретной болезни и не всегда чувствительны при оценке лечения. «Адекватный чувствительный и специфичный инструмент для измерения КЖ пациенток с эндометриозом трудно найти. Большинство инструментов были разработаны для пожилой популяции населения с хроническими заболеваниями». Они часто не позволяют выявить изменения, характерные для определенного заболевания. В этом случае более информативными являются специфические инструменты.

Такие инструменты, как индексы и шкалы, дают возможность быстро определить конкретное цифровое значение показателя КЖ. Однако степень достоверности результатов, полученных в результате использования этих двух групп инструментов, уступает объективности результатов, полученных с помощью профилей или опросников. Опросники представляют собой список конкретных вопросов, на которые пациент должен в короткий промежуток времени дать конкретный ответ. Как правило, вопросы охватывают состояние всех основных сфер жизнедеятельности пациента. Однако выведение утилитарного цифрового показателя при анализе опросников является очень сложным процессом, требующим дополнительного привлечения современных компьютерных технологий. Каждый ответ пациента подвергается расшифровке с последующим переводом в цифровое значение, которое затем вводится в формулу, разработанную специально для каждого опросника. В конечном результате при обработке каждого опросника должно быть получено число, соответствующее утилитарному показателю (состоянию КЖ). В исследовании Abbott и соавт. (2004) [22], проведенном на территории Великобритании, использовался опросник EQ-5D. Оценивались такие показатели, как активность, самооценка, социальная активность, боль/дискомфорт и депрессия. Статус здоровья оценивался по шкале от 0 (худший статус) до 1 (лучший статус здоровья). Опросник EQ-5D также включал ВАШ для определения общего статуса здоровья (оценка от 0 до 100). Женщины от 20 до 49 лет с эндометриозом имели средний индекс здоровья — 0,6 ($p < 0,0001$), что значительно ниже, чем средний индекс здоровья в общей популяции, — 0,92 ($p < 0,0001$). При оценке по ВАШ средний показатель общего здоровья был 69%, что значительно ниже по сравнению с пациентками в общей популяции — 86%. Одним из минусов в исследовании Abbott было то, что при сравнении с общей популяцией неизвестен процент женщин с эндометриозом в ней.

Peveler и соавт. (1996) [28] доказали негативное влияние проявлений эндометриоза на социальное функционирование и эмоциональный компонент. Были использованы ВАШ, SAS.

Эндометриоз также влияет на работоспособность и социальные взаимоотношения больных. По данным All Party Parliamentary group of UK [22], эндометриоз негативно сказывается на эффективности работы, половых отношениях и отношениях с детьми. Особенно сильно на эти параметры оказывала влияние хроническая тазовая боль.

Исследование доказало, что хроническая тазовая боль, ассоциированная с эндометриозом, снижает продуктивность работы и ограничивает социальную активность женщин. Более того, женщины вынуждены были менять место работы на работу с более щадящим графиком из-за постоянных болевых ощущений. При использовании опросника SF-12 в этом же исследовании были показаны достоверно низкие показатели физического компонента здоровья — 43 (53,8 в популяции ($p < 0,001$)) и психического компонента здоровья — 46,7 (51,9 в популяции ($p < 0,001$)).

По данным Noaham и соавт., Humelshoi (2010) [4] по влиянию проявлений эндометриоза на КЖ отмечено, что эндометриоз оказывает негативное влияние на все составляющие КЖ, кроме физического функционирования. Страдают такие социальные аспекты, как работоспособность (работа, учеба), половая жизнь, работа по дому, концентрация внимания, социальная активность, спорт и др.

Также некоторые авторы проводили исследования по оценке показателей КЖ после хирургического и медикаментозного лечения [14–16, 19, 20, 26, 33]. При проведении медикаментозного лечения изучалось влияние лечения на КЖ при использовании АГРГ (нафарелин, гозерелин, лейпролелин), медроксипрогестерона и левоноргестрела и диеногеста. Bergvist и Teorell (2001) [7, 26, 27, 29, 32] провели рандомизированное двойное слепое контролируемое исследование по влиянию на болевые ощущения лечения нафарелином и медроксипрогестероном (6 месяцев терапии). Результаты оценивались по опроснику Nottingham Health Profile и показали достоверное улучшение в шкалах «путешествие» ($p = 0,05$), «отдых» ($p = 0,03$), «половая жизнь» ($p = 0,04$), «работа по дому» ($p = 0,04$) после лечения. Strowitzki и соавт. (2010) [30, 31] провели исследование о влиянии диеногеста на болевой синдром при эндометриозе. Исследование проводилось с использованием ВАШ. Отмечалась достоверная регрессия болевого синдрома при лечении диеногестом. Однако исследование не учитывало изменения таких показателей, как физическое функционирование, социальный и эмоциональный компонент здоровья. В общем, по данным приведенных исследований, медикаментозное лечение улучшало физическое функционирование, давало облегчение боли, улучшало жизненную активность и показатели общего здоровья. Также в мире некоторые исследователи изучали КЖ пациенток после проведения хирургического лечения [5, 6, 8, 9, 17, 18, 23, 25, 27, 35]. В данных работах проводилось изучение влияния лапароскопических вмешательств, радикальных операций по поводу ретроцервикального эндометриоза, радикальных лапароскопических эксцизий с или без резекции крестцово-маточных связок и гистерэктомии на КЖ пациенток с эндометриозом.

В общем, данные исследования показали, что хирургическое лечение улучшает физическое функционирование, облегчает болевые проявления и улучшает показатели общего здоровья. Однако в настоящее время терапия эндометриоза рассматривается как комплексная и подразумевает сочетание хирургического и медикаментозного лечения. Приведенные работы рассматривают влияние либо хирургического, либо медикаментозного метода на КЖ больной в отдельности. Кроме того, при оценке эффективности лечения в аспекте КЖ используются в основном общие опросники по КЖ, а не специальные, разработанные непосредственно для данной нозологии (ENP-30, ENP-5) и учитывающие индивидуальное влияние конкретного заболевания на жизнь больных.

Таким образом, в настоящее время во всем мире идет интенсивная разработка методик определения КЖ жизни больных с эндометриозом в связи с признанием критериев КЖ неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики, здравоохранительных инициатив, оценки результатов лечения, качества оказываемой помощи.

В России Концепция исследования КЖ в медицине, предложенная Минздравом РФ (2001), объявлена приоритетной, приоритетными признаны и научные исследования, проводимые при помощи универсальных инструментов по оценке КЖ. Несмотря на это, исследование КЖ пациенток с эндометриозом в нашей стране применяется пока недостаточно широко.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РНФ, конкурс 2018 года «Проведение фундаментальных научных исследований и поисковых научных исследований отдельными научными группами», проект «Современные клиничко-морфологические и иммунобиологические аспекты генитального эндометриоза», № проекта 18-15-00165.

Литература

1. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine // Fertil Steril. 2008; 90: 260–269. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.057>.
2. Hummelshoj L., Nnoaham K. E., Zondervan K. T., Jenkinson C., Webster P., Kennedy S. H. Life impact and life planning for women with endometriosis. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(09\)60166-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(09)60166-1).
3. Nnoaham K. E., Hummelshoj L., Webster P., D'Hooghe T., De Cicco Nardone F., De Cicco Nardone C., Jenkinson C., Kennedy S. H., Zondervan K. T. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries // Fertil Steril. 2011, 96: 366–373. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>.
4. Simoens et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres // Human Reprod. 2012, 27 (5): 1292–1299. DOI: 10.1093/humrep/des073.

<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/des073>.

5. Lafay Pillet M.-C., Schneider A., Borghese B., Santulli P., Souza C., Streuli I., de Ziegler D., Chapron C. Deep infiltrating endometriosis is associated with markedly lower body mass index: a 476 case-control study // *Hum Reprod*. 2012; 27: 265–272. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/der346>.
6. Mabrouk M., Montanari G., Guerrini M., Villa G., Solfrini S., Vicenzi C., Mignemi G., Zannoni L., Frasca C., Di Donato N. et al. Does laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis improve quality of life? A prospective study // *Health and quality of life outcomes*. 2011, 9: 98. DOI: 10.1186/1477–7525–9–98.
7. Mabrouk M., Montanari G., Di Donato N., Del Forno S., Frasca C., Geraci E., Ferrini G., Vicenzi C., Raimondo D., Villa G., Zukerman Z., Alvisi S., Seracchioli R. What is the Impact on Sexual Function of Laparoscopic Treatment and Subsequent Combined Oral Contraceptive Therapy in Women with Deep Infiltrating Endometriosis? // *The Journal of Sexual Medicine*. 2012, 9 Feb, vol. 9, is. 3, p. 770–778. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02593.x>.
8. Spagnolo E., Benfenati A., Di Donato N., Montanari G., Monti G., Giovanardi G., Bertoldo V., Leonardi D., Seracchioli R., Venturoli S. Quality of Sexual Life in Women with Deep Infiltrating Endometriosis: A Case-Control Study // *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2013, Nov, vol. 20, issue 6, p. S8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2013.08.025>.
9. Vercellini P. et al. Attractiveness of women with rectovaginal endometriosis: a case-control study // *Fertil Steril*. 2012 [Epub ahead of print]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.08.039>.
10. Adamson G. D. I005 Evidence-based management of endometriosis and globalisation of endometriosisresearch // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012, Oct, vol. 119, p. S162. [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7292\(12\)60035-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7292(12)60035-6).
11. Simoens S. et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres // *Hum Reprod*. 2012 [epub ahead of publication]. <http://dx.doi.org/10.3410/f.715898017.791452800>.
12. Rogers P. A. W., D'Hooghe T. M., Fazleabas A., Gargett C. E., Giudice L. C., Montgomery G. W., Rombauts L., Salamonsen L. A., Zondervan K. T. Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop // *Reprod Sci*. 2009; 16 (4): 335–346. <http://dx.doi.org/10.1177/1933719108330568>.
13. Hadfield R., Mardon H., Barlow D., Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and UK // *Hum Reprod*. 1996; 11: 878–880. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019270>.
14. Momoeda M., Harada T., Terakawa N., Aso T., Fukunaga M., Hagino H., Taketani Yu. Long-term use of dienogest for the treatment of endometriosis // *J Obstet Gynaecol Res*. 2009; 35 (6): 1069–1076. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01076.x>.
15. Schindler A. Dienogest in long-term treatment of endometriosis // *International Journal of Women's Health*. 2011, Jul, p. 175. <http://dx.doi.org/10.2147/ijwh.s5633>.
16. Momoeda M., Taketani Y., Terakawa N., Hoshiai H., Tanaka K., Tsutsumi O., Osuga Y., Maruyama M., Harada T., Obata K., Hayashi K. Is Endometriosis Really Associated with Pain? // *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2002, vol. 54, issue Suppl. 1, p. 18–23. <http://dx.doi.org/10.1159/000066290>.
17. Bassi M. A., Podgaec S., Dias J. A., D'Amico Filho N., Petta C. A., Abrao M. S. Quality of Life after Segmental Resection of the Rectosigmoid by Laparoscopy in Patients with Deep Infiltrating Endometriosis with Bowel Involvement // *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2011, Nov, vol. 18, issue 6, p. 730–733. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2011.07.014>.
18. Vercellini P., Frontino G., De Giorgi O., Aimi G., Zaina B., Crosignani P. G. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study // *Fertility and Sterility*. 2003, Aug, vol. 80, issue 2, p. 305–309. [http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282\(03\)00608-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282(03)00608-3).
19. Racine A.-C., Legrand E., Lefebvre-Lacoeuille C., Hoppe E., Catala L., Sentilhes L., Descamps P. Traitement de l'endométriose par les inhibiteurs de l'aromatase: efficacité thérapeutique et conséquences osseuses // *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2010, May, vol. 38, issue 5, p. 318–323. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2010.03.005>.
20. Garrido N. The endometrium versus embryonic quality in endometriosis-related infertility // *Human Reproduction*. 2002, Jan, vol. 8, issue 1, p. 95–103. <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/8.1.95>.
21. Simoens S., Hummelshoj L., Dunselman G., Brandes I., Dirksen C., D'Hooghe T. Endometriosis Cost Assessment (the EndoCost Study): A Cost-of-Illness Study Protocol // *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2011, vol. 7, issue 3, p. 170–176. <http://dx.doi.org/10.1159/000316055>.
22. Hadfield R., Mardon H., Barlow D., Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK // *Human Reproduction*. 1996, Apr, vol. 11, issue 4, p. 878–880. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019270>.
23. Somigliana E., Arnoldi M., Benaglia L., Iemmello R., Nicolosi A. E., Ragni G. IVF-ICSI outcome in women operated on for bilateral endometriomas // *Human Reproduction*. 2008, 18 Apr, vol. 23, issue 7, p. 1526 to 1530. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/den133>.
24. Stratton P. The tangled web of reasons for the delay in diagnosis of endometriosis in women with chronic pelvic pain: will the suffering end? // *Fertility and Sterility*. 2006, Nov, vol. 86, issue 5, p. 1302–1304. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.044>.
25. Matsuzaki S., Canis M., Pouly J., Rabischong B., Botchorishvili R., Mage G. Relationship between delay of surgical diagnosis and severity of disease in patients with symptomatic deep infiltrating endometriosis // *Fertility and Sterility*. 2006, Nov, vol. 86, issue 5, p. 1314–1316. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.03.048>.
26. Küpker W., Felberbaum R. E., Krapp M., Schill T., Malik E., Diedrich K. Use of GnRH antagonists in the treatment of

- endometriosis // Reproductive BioMedicine Online. 2002, Jan, vol. 5, issue 1, p. 12–16.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1472-6483\(10\)61590-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1472-6483(10)61590-8).
27. &NA. Practice Bulletin No. 114: Management of Endometriosis // Obstetrics & Gynecology. 2010, vol. 116, issue 1, p. 223–236. <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e3181e8b073>.
 28. Eskenazi B., Warner M. L. Epidemiology of endometriosis // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 1997, Jun, vol. 24, issue 2, p. 235–258. [http://dx.doi.org/10.1016/s0889-8545\(05\)70302-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0889-8545(05)70302-8).
 29. Köhler G., Faustmann T. A., Gerlinger C., Seitz C., Mueck A. Q A dose-ranging study-determine the efficacy and safety of 1, 2, and 4 mg of dienogest daily for endometriosis // International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2010, Jan, vol. 108, issue 1, p. 21–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.020>.
 30. Strowitzki T., Faustmann T., Gerlinger C., Seitz C. Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2010, Aug, vol. 151, issue 2, p. 193–198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.04.002>.
 31. Strowitzki T., Marr J., Gerlinger C., Faustmann T., Seitz C. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: a 24-week, randomized, multicentre, open-label trial // Human Reproduction. 2010, 19 Jan, vol. 25, issue 3, p. 633–641. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dep469>.
 32. Petraglia F., Hornung D., Seitz C., Faustmann T., Gerlinger C., Luisi S., Lazzeri L., Strowitzki T. Reduced pelvic pain in women with endometriosis: efficacy of long-term dienogest treatment // Archives of Gynecology and Obstetrics. 2011, 17 Jun, vol. 285, issue 1, p. 167–173. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-011-1941-7>.
 33. Momoeda M., Harada T., Terakawa N., Aso T., Fukunaga M., Hagino H., Taketani Y. Long-term use of dienogest for the treatment of endometriosis // Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2009, Dec, vol. 35, issue 6, p. 1069–1076. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01076.x>.
 34. Jones G., Jenkinson C., Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis // Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2004, Jan, vol. 25, issue 2, p. 123–133.
<http://dx.doi.org/10.1080/01674820400002279>.
 35. Simoens S., Dunselman G., Dirksen C., Hummelshoj L., Bokor A., Brandes I., Brodzsky V., Canis M., Colombo G. L., DeLeire T., Falcone T., Graham B., Halis G., Horne A., Kanj O., Kjer J. J., Kristensen J., Lebovic D., Mueller M. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres // Human Reproduction. 2012, 14 Mar, vol. 27, issue 5, p. 1292–1299. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/des073>.
 36. Tripoli T. M., Sato H., Sartori M. G., de Araujo F. F., Girão M. J. B. C., Schor E. Evaluation of Quality of Life and Sexual Satisfaction in Women Suffering from Chronic Pelvic Pain With or Without Endometriosis // The Journal of Sexual Medicine. 2010, 16 Aug, vol. 8, issue 2, p. 497–503. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x>.
 37. Fourquet J., Báez L., Figueroa M., Iriarte R. I., Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity // Fertility and Sterility. 2011, Jul, vol. 96, issue 1, p. 107–112.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>.

Л. В. Адамян, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

М. М. Сонова, доктор медицинских наук

К. Н. Арсланян, кандидат медицинских наук

О. Н. Логинова¹, кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, Москва

¹ Контактная информация: poddubnay@yandex.ru.

Современные методы оценки качества жизни больных с эндометриозом (обзор литературы)/ Л. В. Адамян, М. М. Сонова, К. Н. Арсланян, О. Н. Логинова

Для цитирования: Лечащий врач № 11/2018; Номера страниц в выпуске: 70-73

Теги: женщины, эндометрий, болевой синдром, социальная дисфункция