

УДК 618.14/.15-007.42-079.4-085.361:[615.385:611-018.52:547.99]

М.С. Лоншакова^{1,2}, Л.В. Суслікова^{1,3}, А.В. Сербенюк^{1,3}

Ефективність елімінаційної дієти в поліпшенні показників якості життя жінок фертильного віку із симптомним аденоміозом

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ²Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини, Україна³Клініка репродуктивних технологій Українського державного інституту репродуктології Національного медичного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2023. 5(168): 21-27; doi 10.15574/HW.2023.168.21

For citation: Lonshakova MS, Suslikova LV, Serbenyuk AV. (2023). The effectiveness of the elimination diet in improving quality of life indicators in the childbearing age women with symptomatic adenomyosis. Ukrainian Journal Health of Woman. 5(168): 21-27; doi 10.15574/HW.2023.168.21.

Поширеність і збільшення кількості випадків симптомного аденоміозу значною мірою корелює з темпами зростання рівня метаболічної патології населення, зокрема порушень вуглеводного обміну.

Мета — дослідити вплив результатів елімінаційної дієти на показники якості життя жінок із симптомним аденоміозом.

Матеріали та методи. Проведено дослідження та порівняння показників якості життя (опитувальник SF-36) у 120 жінок із симптомним аденоміозом, поділених на 4 групи: у I групі (n=30) призначено лікування дієногестом, в інших трьох групах (по 30 жінок) рекомендовано вилучити з раціону продукти глибокої промислової обробки, а також молочні продукти (II група), глютенівмісні продукти (III група), молочні і глютенівмісні продукти (IV група). Групу порівняння сформовано з 30 здорових жінок (без аденоміозу). Статистичну обробку даних проведено за допомогою програми «SPSS 21».

Результати. Порівняння показників якості життя жінок без аденоміозу та пацієток з аденоміозом встановило значущі відмінності середніх значень усіх компонентів, які становлять концепцію «якості життя» згідно з протоколом SF-36 ($p < 0,05$). Порівняно з жінками I групи пацієнтки II та IV груп мали достовірно вищі сумарні компоненти фізичного (PCS) і психічного (MCS) здоров'я ($p < 0,05$), а жінки III групи — достовірно вищий показник PCS ($p = 0,005$), але не MCS.

Висновки. Елімінаційна дієта з урахуванням виявленого виду харчової непереносимості поліпшує показники якості життя жінок фертильного віку із симптомним аденоміозом.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: симптомний аденоміоз, дієногест, елімінаційна дієта, якість життя.

The effectiveness of the elimination diet in improving quality of life indicators in the childbearing age women with symptomatic adenomyosis

M.S. Lonshakova^{1,2}, L.V. Suslikova^{1,3}, A.V. Serbenyuk^{1,3}¹Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv²Kyiv City Center of Reproductive and Perinatal Medicine, Ukraine³Clinic of reproductive technologies Ukrainian State Institute of Reproductive Medicine of the Shupyk National Medical University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

The prevalence and growth in the number of cases of symptomatic adenomyosis is largely correlated with the rate of growth in the level of metabolic pathology in the population, in particular, disorders of carbohydrate metabolism.

Purpose — to investigate the impact of the results of the elimination diet on the indicators of the quality of life of women with symptomatic adenomyosis.

Materials and methods. A study and comparison of quality of life indicators (SF-36 questionnaire) was conducted in 120 women with symptomatic adenomyosis, which were divided into 4 groups: the Group I (n=30) was prescribed dienogest treatment, in the other three groups there were 30 women each, who were recommended to exclude from the diet products of deep industrial processing and dairy products (the Group II) or gluten-containing products (the Group III) or both dairy and gluten-containing products (the Group IV). The comparison group consisted of 30 healthy women (without adenomyosis). Statistical data processing was carried out using the SPSS 21 program.

Results. Comparison of quality of life indicators of women without adenomyosis and patients with adenomyosis has shown significant differences in the average values of all components comprising the concept of "quality of life" according to the SF-36 protocol ($p < 0,05$). Compared with women of the Group I, patients of the Groups II and IV had significantly higher total components of physical (PCS) and mental (MCS) health ($p < 0,05$), and women of the Group III had a significantly higher PCS index ($p = 0,005$), but not MCS.

Conclusions. An elimination diet considering the identified type of food intolerance improves quality of life of childbearing age women with symptomatic adenomyosis.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: symptomatic endometriosis, dienogest, elimination diet, quality of life.

В Україні, як і в усьому світі, аденоміоз є одним із найпоширеніших доброякісних гінекологічних проліферативних захворювань у жінок. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 10–15% жінок репродуктивного віку страждають на симптомний аденоміоз [14]. Найчастішою скаргою жінок з аденоміозом є біль [2,18], який може мати різноманітну симптоматику, у тому числі дисменорею, диспареунію, хронічний тазовий біль, дизурію, а також спричиняти хронічну втому та безпліддя [5,14]. Ця патологія істотно порушує фізичне, ментальне та соціального благополуччя [7,15,18]. Зазвичай дослідження якості життя при аденоміозі вивчають лише вперше діагностовані випадки захворювання, а отже, наразі практично немає даних про довгострокові наслідки захворювання після фактичного лікування. Тим не менш, якість життя є одним з інформативних методів оцінки здоров'я пацієнта як на індивідуальному, так і на груповому рівнях. Цей показник, так само як симптоми та ознаки захворювання, змінюється протягом лікування залежно від фізичного і психологічного стану хворого. Це дає змогу оцінити не тільки ефективність застосованої терапії, але й проводити її корекцію [9,11]. Для оцінювання якості життя розроблено багато анкет та опитувальників, найпоширенішим серед яких наразі є опитувальник SF-36 [23]. Він нормований для загальної популяції в США, країнах Європи (Франція, Італія, Данія), Австралії [11], а також валідизований українською мовою [4].

Основними ланками розвитку та маніфестації аденоміозу є генетична схильність, дисгормональні явища, порушення функціонування та взаємозв'язку імунної та ендокринної систем, дисрегуляція апоптозу та ангіогенезу [13,21].

Поширеність і збільшення кількості випадків симптомного аденоміозу значною мірою корелюють із темпами зростання рівня метаболічної патології населення, зокрема, порушень мікробіому кишечника, функції гепатобіліарної системи та вуглеводного обміну. Надмірне споживання певних продуктів, таких як промислові солодоці, борошняні і хлібопекарські вироби, рафіновані молочні продукти з високим вмістом цукру, негативно впливає на метаболізм, спричиняючи інсулінорезистентність, цукровий діабет, жирову неалкогольну хворобу печінки, дисбіоз кишечника, ферментативну недостатність підшлункової залози тощо [12]. Вищезазначені патології мають схожу

до симптомного аденоміозу клінічну картину, яка може посилюватись у передменструальний період. Нераціональне і надмірно насичене вуглеводами та консервантами харчування поєднуються з хронічним стресом, порушенням роботи імунної системи та кишечника, виснаженими ферментативними та дезінтоксикаційними системами організму, дисбіотичними та дисгормональними порушеннями [5].

Мета дослідження — вивчити вплив результатів елімінаційної дієти на показники якості життя жінок із симптомним аденоміозом.

Матеріали та методи дослідження

Проведено проспективне контрольоване дослідження на базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини з 1 квітня 2021 року по 30 вересня 2023 року.

Критерії залучення до дослідження: вік від 18 до 45 років; верифікований згідно з рекомендаціями Європейського товариства репродукції людини та ембріології (ESHRE) [6] аденоміоз із клінічними проявами та ознаками; III–IV стадія аденоміозу згідно з класифікацією Американського товариства репродуктивної медицини (r-ASRM) [1]; інформована згода жінки на участь у дослідженні.

Критерії незалучення до дослідження: вік <18 років і >45 років; вагітність; декомпенсована супутня соматична, онкологічна, психічна, неврологічна патологія; деменція різного генезу; неповне заповнення анкети; відмова від участі в дослідженні. Жінки після інвазивних хірургічних втручань на органах малого таза і/або черевної порожнини до когорті не входили.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджено Локальним етичним комітетом Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика для всіх, хто брав участь.

У дослідженні взяли участь 150 жінок, із них 30 здорових жінок, які становили групу порівняння, і 120 жінок із симптомним аденоміозом, які поділені на чотири дослідні групи.

Група порівняння сформована для визначення впливу аденоміозу на якість життя, для цього 8 доменів короткої версії опитувальника здоров'я — 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey — SF-36) та сумарні показники дослідних груп порівняно з результатами анкетування здорових студенток, співробітників клініки та кафедри акушерства, гінекології та репро-

дуктології. Для групи порівняння *критеріями незалучення* до дослідження були: вік <18 років і >45 років; вагітність; гінекологічні захворювання; інвазивні хірургічні втручання на органах малого таза і/або черевної порожнини в анамнезі; декомпенсована супутня патологія; деменція різного генезу; неповне заповнення анкети; відмова від участі в дослідженні.

I групу становили 30 жінок з уперше діагностованим аденоміозом, яким призначено стандартне лікування (препарати дієногесту в дозуванні 1 мг щоденно тривало).

II, III та IV групи становили по 30 жінок, яким у зв'язку з відмовою від застосування препаратів дієногесту через його погану переносимість призначено раціоналізацію харчування, а саме: вилучення з раціону продуктів глибокої промислової обробки та елімінаційну дієту залежно від виявленого виду харчової непереносимості. Таким чином, усі пацієнтки II, III і IV груп не вживали харчових продуктів, які піддаються промислового впливу та зазвичай містять консерванти, цукор, підсолоджувачі, загусники, барвники, ароматизатори та інші нефізіологічні для людського організму сполуки (солодощі, хліб, випічка, консерви, снеки, фастфуд, напівфабрикати тощо). Крім цього, жінки II групи вилучили з раціону молочні продукти, III групи – глютенісмісні продукти, IV групи – молочні і глютенісмісні продукти.

Біль у ділянці таза, пов'язаний з аденоміозом, виміряно за допомогою візуальної аналогової шкали – ВАШ (0–10 см). Для оцінювання якості життя використано опитувальник SF-36 [23]. Він містить 36 питань, які формують 8 основних аспектів здоров'я (доменів): фізичні функції (Physical Functioning – PF), рольове фізичне функціонування (Role-Physical Functioning – RP), рольове емоційне функціонування (Role-Emotional – RE), оцінка болю (Bodily pain – BP), загального благополуччя (General Health – GH), життєздатності (Vitality – VT), соціального функціонування (Social Functioning – SF), психічного здоров'я (Mental Health – MH), а також 2 сумарні компоненти – фізичне здоров'я (PCS) і психічне здоров'я (MCS).

Після завершення учасницями дослідження 12-місячної корекційної програми проведено порівняння динаміки досліджуваних показників якості життя за шкалою SF-36.

Статистичну обробку отриманих даних виконано за допомогою статистичних пакетів для

медичних і біологічних досліджень («SPSS», версія 20, «IBM»). Дані наведено у вигляді $M \pm \sigma$ (середнє значення \pm середнє квадратичне відхилення). Для порівняння параметричних даних (після перевірки кількісних даних на нормальний розподіл) застосовано метод ANOVA (для декількох груп) і t-критерій Стьюдента для 2 незалежних вибірок. Для порівняння непараметричних даних застосовано методи Краскела–Уолліса (для декількох груп) та Манна–Уїтні для 2 груп незалежних сукупностей, тест Вілкохон для залежних сукупностей. Для знаходження відмінностей частот використано метод визначення χ^2 (Пірсона). Статистично значущими прийнято відмінності за $p < 0,05$ (95-відсотковий рівень значущості) і за $p < 0,01$ (99-відсотковий рівень значущості).

Результати дослідження та їх обговорення

Група порівняння та дослідні групи були порівнянними за віком, індексом маси тіла, рівнем освіти, сімейним статусом, частотою тютюнокуріння, типом рухової активності, соматичним, акушерським і гінекологічним анамнезом. Пацієнтки усіх дослідних груп мали достовірно більшу інтенсивність тазового болю, ніж жінки в групі порівняння ($p < 0,001$), а жінки I групи, на відміну від інших аналізованих груп, не отримували гормональної контрацепції. Окремі характеристики груп наведено в таблиці 1.

Порівняння середніх значень показників якості життя респонденток групи порівняння та пацієток I групи показало значущі відмінності середніх значень усіх компонентів, які

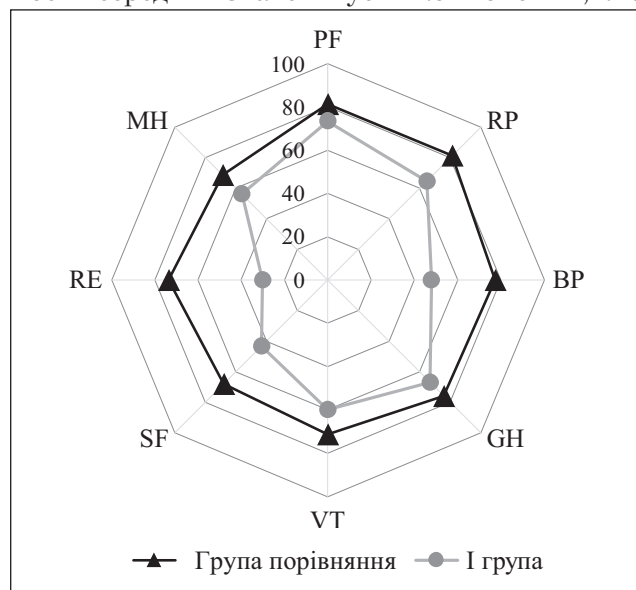


Рис. 1. Якість життя жінок групи порівняння (n=30) і жінок з уперше діагностованим аденоміозом (I група, n=30)

Таблиця 1

Деякі демографічні та клінічні характеристики жінок

Показник	Група порівняння (n=30)	I група (n=30)	II група (n=30)	III група (n=30)	IV група (n=30)
Вік, роки	34,47±6,79	31,5±5,76	32,23±7,1	33,5±7,82	32,27±7,61
Індекс маси тіла, кг/м ²	30,2±4,94	28,47±4,05	28,03±4,47	30,23±6,88	30,03±5,87
Вища освіта, абс. (%)	14 (46,7)	19 (63,3)	20 (66,7)	17 (56,7)	21 (70,0)
Одружена або проживає з партнером, абс. (%)	20 (66,7)	22 (73,3)	26 (86,7)	25 (83,3)	22 (73,3)
Статус курця, абс. (%)	6 (20,0)	6 (20,0)	4 (13,3)	3 (10,0)	6 (20,0)
Активний або помірноактивний спосіб життя, абс. (%)	17 (56,7)	17 (56,7)	14 (46,7)	17 (56,7)	15 (50)
Гормональна контрацепція протягом останніх 3 місяців, абс. (%)	14 (46,7)	0*	8 (26,7)	9 (30,0)	7 (23,3)
Тривалість менструального циклу, абс. (%)					
≤24 дні	4 (13,3)	4 (13,3)	5 (16,7)	4 (13,3)	6 (20,0)
25-32 дні	23 (76,7)	22 (73,3)	22 (73,3)	24 (80,0)	23 (76,7)
≥33 дні	3 (10,0)	4 (13,3)	3 (10,0)	2 (6,7)	1 (3,3)
Тривалість менструації, дні	4,47±1,87	4,6±1,83	4,9±1,52	4,7±1,84	4,83±1,64
Паритет	2,07±1,39	1,8±1,03	1,93±1,23	2,07±1,34	2,06±1,26
Кількість вагітностей	2,5±1,57	2,17±1,44	2,37±1,75	2,27±1,51	2,47±1,66
Субфертильність, абс. (%)	5 (16,7)	3 (10,0)	3 (10,0)	2 (6,7)	3 (10,0)
Інтенсивність болю в ділянці таза за ВАШ, см	0,33±0,76	5,03±1,35*	4,83±1,12*	4,43±1,14*	4,9±1,56*
Супутня патологія, абс. (%)	18 (60,0)	18 (60,0)	20 (66,7)	21 (70,0)	16 (53,3)

Примітка: * — рівень значущості відмінностей показників щодо групи порівняння $p < 0,05$.

Таблиця 2

Відмінності показників якості життя жінок у групах на початку дослідження

Шкала SF-36	Група порівняння (n=30)	I група (n=30)	II група (n=30)	III група (n=30)	IV група (n=30)
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
PF, %	81,33±12,45	73,53±14,79*	66,1±22,59*	72,03±21,45*	75,73±23,06
RP, %	81,37±15,64	64,7±31,81*	50,0±34,74*	67,42±28,32*	47,19±36,99*
BP, %	77,27±12,77	47,79±26,31*	66,0±19,71*.#	76,33±25,37#	65,97±23,97*.#
GH, %	75,87±8,67	66,85±21,59*	74,23±17,89	66,5±32,72	72,1±15,49
VT, %	71,3±12,58	59,88±22,63*	60,17±19,32*	61,33±24,18	58,67±18,0*
SF, %	68,0±9,73	43,23±32,19*	59,08±24,67#	60,97±29,05#	59,75±26,29#
RE, %	73,72±17,64	30,27±37,1*	43,33±43,9*	55,25±33,65*.#	52,55±43,7*.#
MH, %	68,73±11,67	56,26±25,38*	55,33±16,74*	53,87±20,08*	50,67±16,82*
PCS, %	49,97±9,21	41,82±18,79*	42,32±14,68*	43,4±15,38*	44,11±11,84*
MCS, %	50,03±9,78	28,38±25,51*	32,51±24,79*	36,57±27,5*	28,95±19,9*

Примітки: * — рівень значущості відмінностей показників щодо групи порівняння $p < 0,05$; # — рівень значущості відмінностей показників щодо I групи $p < 0,05$.

становлять концепцію «якості життя» згідно з протоколом SF-36: PF ($p=0,031$), RP ($p=0,013$), BP ($p<0,001$), GH ($p=0,038$), VT ($p=0,019$), SF ($p<0,001$), RE ($p<0,001$), MH ($p=0,018$), а також сумарні компоненти якості життя — PCS ($p=0,037$) і MCS ($p=0,001$) (рис. 1, табл. 2).

За даними таблиці 2, під час порівняння середніх значень початкових показників якості життя жінок з аденоміозом звертають увагу достовірно вищі показники за шкалами BP, SF і RE у II, III і IV групах порівняно з аналогічними показниками I групи ($p<0,05$).

За результатами порівняння кінцевих і початкових показників якості життя у I групі ви-

явлено значущі відмінності щодо поліпшення показників якості життя у BP (47,79±26,31% до лікування проти 65,92±23,56% після лікування, $p=0,014$), SF (43,23±32,19% проти 58,84±18,0%, відповідно, $p=0,034$), RE (30,27±37,1% проти 52,65±29,76%, $p=0,033$), при цьому сумарні компоненти якості життя PCS і MCS не показали переконливих змін за 12 місяців медикаментозної терапії препаратами дієногесту. Ця група була використана в якості контрольної під час порівняння ефектів в інших групах жінок із симптомним аденоміозом.

Порівняння середніх значень якості життя, визначених за опитувальником SF-36 че-

Таблиця 3

Відмінності показників якості життя жінок у дослідних групах наприкінці 12-місячної корекційної програми

Шкала SF-36	I група (n=30)	II група (n=30)	III група (n=30)	IV група (n=30)
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
PF, %	70,83±25,49	82,3±14,76*	83,77±12,0*	83,6±13,94*
RP, %	63,37±37,49	71,8±30,06	74,83±25,49	81,7±23,8*
BP, %	65,92±23,56	73,63±18,17	75,67±24,76	68,17±18,31
GH, %	63,09±23,65	80,17±13,56*	77,9±37,49*	78,67±13,89*
VT, %	62,31±16,35	71,8±14,84*	70,8±19,1*	72,7±15,14*
SF, %	58,84±18,0	71,7±17,6*	64,93±23,56	56,65±18,61
RE, %	52,65±29,76	67,13±29,37	68,89±14,04*	67,95±23,42*
MH, %	59,86±16,6	65,83±15,06	62,03±23,65	77,93±16,75*
PCS, %	40,84±18,71	50,1±13,51*	52,16±12,47*	49,76±17,51*
MCS, %	38,91±16,75	48,28±18,27*	43,4±16,35	52,31±19,32*

Примітка: * — рівень значущості відмінностей показників порівняно з I групою $p < 0,05$.

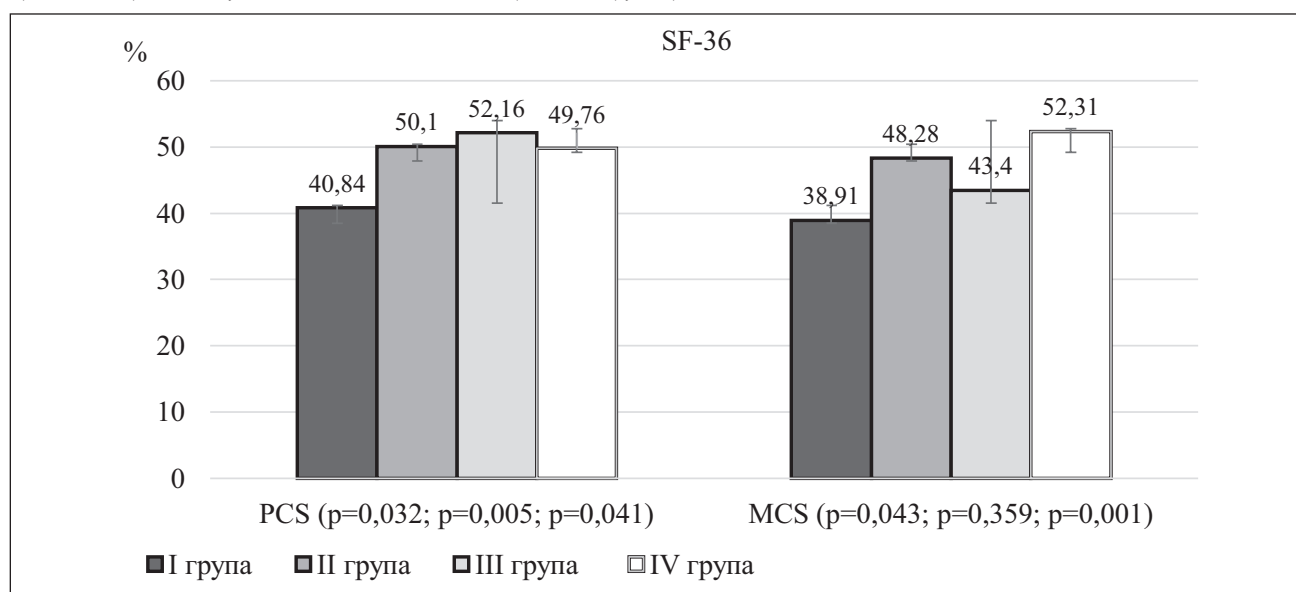


Рис. 2. Відмінності сумарних фізичного та психічного компонентів якості життя жінок у дослідних групах наприкінці 12-місячної корекційної програми

рез 12 місяців, дало змогу встановити значущі відмінності між I і II групами в PF ($p=0,037$), GH ($p=0,001$), VT ($p=0,022$) і SF ($p=0,007$); між I і III групами в PF ($p=0,015$), GH ($p=0,005$), VT ($p=0,028$) і RE ($p=0,021$); між I і IV групами в PF ($p=0,019$), RF ($p=0,028$), GH ($p=0,003$), VT ($p=0,013$), RE ($p=0,031$) і MH ($p < 0,001$) (табл. 3).

За даними рисунку 2, порівняно з жінками I групи пацієнтки II і IV груп мали достовірно вищі сумарні компоненти якості життя PCS ($p=0,032$ і $p=0,041$, відповідно) і MCS ($p=0,043$ і $p=0,001$, відповідно), а жінки III групи — достовірно вищий сумарний компонент PCS ($p=0,005$), але не MCS.

Проведений нами аналіз результатів анкетування SF-36 показав достовірне зниження всіх показників якості життя пацієнток з уперше діагностованим аденоміозом порівняно з аналогічними показниками здорових респонденток.

Значний вплив аденоміозу на якість життя пацієнток цієї категорії в різних країнах та етнічних групах виявлено і в інших дослідженнях [10,17]. P.G. Surtees та співавт. (2003) показано, що вплив аденоміозу на фізичний (але не психічний) показник якості життя згідно з результатами анкетування за SF-36 є подібним, як і при онкологічних захворюваннях [20]. Встановлено, що факторами, які порушують якість життя цих жінок, є тазовий біль [10], стрес [16], депресивні розлади, тривожність, хронічна втома [3, 19]. Так, К.Е. Npoaham та співавт. (2011) відмічено, що тазовий біль і тяжкість захворювання є основними факторами втрати продуктивності праці при ендометріозі [15].

Результати нашого дослідження, як і інших авторів [8,22], свідчать, що лікування синтетичним пероральним прогестагеном (діногестом) може мати позитивний вплив на якість життя через

зниження вираженості фізичного болю. Також під час порівняння кінцевих і початкових показників якості життя жінок, які отримували препарати дієногесту, нами встановлено поліпшення показника соціальної активності та ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, але не сумарних компонентів фізичного та психічного здоров'я за 12 місяців медикаментозної терапії. Малоімовірно, що вищий рівень соціальної активності та зменшення емоційних проблем у життєдіяльності є більш бажаними результатами за підвищення фізичної активності, загальної сприйняття власного здоров'я, життєздатності тощо для цієї категорії пацієнтів. Слід припустити, що такий стан речей частково пояснюється побічними ефектами препаратів дієногесту та негативним сприйняттям необхідності постійного застосування лікарських засобів, а також пов'язаного з цим фінансового навантаження в умовах економічної кризи та регулярного підвищення цін. Також у разі довготривалої терапії слід брати до уваги факт незручності тривалого застосування препаратів у зв'язку з повномасштабною агресією Росії проти України, через яку багато жінок вимушено переміщені в межах країни та за її межі, де процес придбання медикаментів і медичного супроводу часто організаційно та фінансово складніший.

У зв'язку з цим окремо проаналізовано показники якості життя в групах жінок, які відмовилися від застосування препаратів дієногесту через його погану переносимість та отримували 12-місячну корекційну програму щодо вилучення з раціону продуктів глибокої промислової обробки та елімінаційну дієту залежно від виявленого виду харчової непереносимості. Нами доведено, що раціоналізація харчування є ефективним самостійним заходом щодо поліпшення якості життя жінок із симптомним аденоміозом. Так, показники RP, GH, VT, RE були достовір-

но вищими в групах 12-місячної корекційної програми, ніж у пацієнок, які отримували препарати дієногесту ($p < 0,05$). Як результат, порівняно з жінками, які отримували препарати дієногесту, в групах дієти з вилученням глютенівмісних і/або молочних продуктів жінки мали достовірно вищі сумарні компоненти здоров'я — PCS і MCS ($p < 0,05$), а в групі дієти з вилученням лише глютенівмісних — достовірно вищий показник PCS ($p = 0,005$), але не MCS.

Висновки

Результати, отримані в пацієнок з аденоміозом до початку лікування за всіма компонентами, які становлять концепцію «якості життя» згідно з протоколом SF-36, виявилися достовірно нижчими ($p < 0,05$), ніж у здорових респонденток групи порівняння.

Річний курс лікування синтетичним пероральним прогестагеном (дієногестом) позитивно вплинув на якість життя жінок з аденоміозом через зменшення фізичного болю, поліпшення соціальної активності та зниження ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, але не сумарних компонентів фізичного та психічного здоров'я.

Встановлено, що індивідуально підібрана елімінаційна дієта більш позитивно впливала на якість життя пацієнок з аденоміозом порівняно з медикаментозною терапією, а саме: в групах із вилученням глютенівмісних і/або молочних продуктів жінки мали достовірно вищі сумарні компоненти здоров'я — PCS і MCS ($p < 0,05$), а в групі дієти з вилученням лише глютенівмісних — достовірно вищий показник PCS ($p = 0,005$), але не MCS.

Перспективою подальших досліджень є вивчення факторів негативної динаміки якості життя пацієнок репродуктивного віку з аденоміозом.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. American Fertility Society Revised. (1985). American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertil Steril.* 43 (3): 35–352.
2. Asghari S, Valizadeh A, Aghebaty–Maleki L, Nouri M, Yousefi MC. (2017). Endometriosis: Perspective, lights, and shadows of etiology. *Biomed Pharmacother.* 106: 163–174.
3. Facchin F, Barbara G, Saita E, Mosconi P, Roberto A, Fedele L et al. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 36 (4): 135–141.
4. Feshchenko Yul, Mostovoy YuM, Babiychuk YuV. (2002). Protseadura adaptatsii mizhnarodnoho opytuvalnyka otsinky yakosti zhyttia SF–36 v Ukraini. *Dosvid zastosuvannia u khvorykh bronkhialnoiu astmoiu. Ukrainskiy pulmonolohichnyi zhurnal.* 3: 9–11. [Фещенко ЮІ, Мостовой ЮМ, Бабійчук ЮВ. (2002). Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою. Український пульмонологічний журнал. 3: 9–11].
5. Kanzaki M, Nakajima T, Yoshimura T. (2011). Immunological aspects of endometriosis. *Nihon Rinsho.* 59; Suppl 1: 44–47.
6. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, d'Hooghe T, Dunselman G, Greb R et al. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod.* 20(1): 2698–2704.

7. La Rosa VL, De Franciscis P, Barra F, Schiattarella A, Török P, Shah M et al. (2020). Quality of life in women with endometriosis: a narrative overview. *Minerva Med.* 111 (1): 68–78.
8. Maiorana A, Alfano P, Mercurio A, Marcantonio S, Minneci G, Incandela D et al. (2023). Quality of life and clinical factors in women with endometriosis, the role of dienogest vs EE/dienogest over time: a single-center study. *Arch Gynecol Obstet.* 307 (5): 1503–1512.
9. Malyk SL, Moskovko SP, Moskovko GS, Tytarenko NV. (2015). Yakist zhyttia khvorykh z mnozhynnym sklerozom: terapevtychnyi vplyv kholekaltsyferolu (vitaminu D3). *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal.* 7: 28–32. [Малик СЛ, Московко СП, Московко ГП, Титаренко НВ. (2015). Якість життя хворих з множинним склерозом: терапевтичний вплив холекальциферолу (вітаміну D₃). *Міжнародний неврологічний журнал.* 7: 28–32].
10. Márki G, Bokor A, Rigó J, Rigó A. (2017). Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. *Hum Reprod.* 32 (7): 1432–1438.
11. Martsovenko IM, Martsovenko VI, Radchenko GD, Sirenko YuM. (2013). Pokrashchennia yakosti zhyttia yak vtorynna tochka otsinky efektyvnosti antyhipertenzynnoi terapii. *Arterialna hipertenzia.* 2 (28): 43–36. [Марцовенко ІМ, Марцовенко ВІ, Радченко ГД, Сіренко ЮМ. (2013). Покращення якості життя як вторинна точка оцінки ефективності антигіпертензивної терапії. *Артеріальна гіпертензія.* 2 (28): 43–36].
12. Marziali M, Capozzolo T. (2015). Role of Gluten-Free Diet in the Management of Chronic Pelvic Pain of Deep Infiltrativy Endometriosis. *Minim Invasive Gynecol.* 22 (6S): S51–S52.
13. Matarese G, De Placido G, Nikas Y, Alviggi C. (2003). Pathogenesis of endometriosis: natural immunity dysfunction or autoimmune disease. *Trends Mol Med.* 9 (5): 223–228.
14. Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. (2014). Endometriosis still a challenge. *J Med Life.* 7 (3): 349–357.
15. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C et al. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril.* 96 (2): 366–373.
16. Petrelluzzi KF, Garcia MC, Petta CA, Grassi-Kassisse DM, Spadari-Bratfisch RC. (2008). Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress.* 11 (5): 390–397.
17. Rossi V, Galizia R, Tripodi F, Simonelli C, Porpora MG, Nimbi FM. (2022). Endometriosis and Sexual Functioning: How Much Do Cognitive and Psycho-Emotional Factors Matter? *Int J Environ Res Public Health.* 19 (9): 5319.
18. Rossi V, Tripodi F, Simonelli C, Galizia R, Nimbi FM. (2021). Endometriosis-associated pain: a review of quality of life, sexual health and couple relationship. *Minerva Obstet Gynecol.* 73 (5): 536–552.
19. Sepulcri Rde P, do Amaral VF. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 142 (1): 53–56.
20. Surtees PG, Wainwright NWW, Khaw KT, Day NE. (2003). Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood. *Br J Psychiatry.* 183: 299–303.
21. Symons LK, Miller JE, Kay VR, Marks RM, Liblik K, Koti M, et al. (2018). The Immunopathophysiology of Endometriosis. *Trends Mol Med.* 24 (9): 748–762.
22. Techatrasak K, Hestiantoro A, Ruey S, Banal-Silao MJ, Kim MR, Seong SJ et al. (2019). Effectiveness of dienogest in improving quality of life in Asian women with endometriosis (ENVISIOeN): interim results from a prospective cohort study under real-life clinical practice. *BMC Womens Health.* 19 (1): 68.
23. Ware J. (1992). The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36). *Medical Care.* 30 (6): 473–483.

Відомості про авторів:

Лоншакова Марія Сергіївна — аспірант каф. акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. В. Івасюка, 16; тел.: (044) 411-92-33. <https://orcid.org/0000-0002-6980-2998>.

Суслікова Лідія Вікторівна — д.мед.н., проф. каф. акушерства, гінекології та репродуктології Українського державного інституту репродуктології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. В. Івасюка, 16; тел.: (044) 411-92-33. <https://orcid.org/0000-0002-5369-5817>.

Сербенюк Анастасія Валеріївна — к.мед.н., лікар-акушер-гінеколог клініки репродуктивних технологій НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. В. Івасюка, 16; тел.: (044) 411-92-33. <https://orcid.org/0000-0002-7212-2678>.

Стаття надійшла до редакції 29.07.2023 р.; прийнята до друку 20.10.2023 р.