

На правах рукописи

БАБАЕВА ЭЛЬВИРА ИЛЬХАМОВНА

**СТАТУС ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С
НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

3.1.4 – акушерство и гинекология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва — 2021

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

ДУХИН АРМЕН ОЛЕГОВИЧ

Официальные оппоненты:

Щукина Наталья Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения Московской области), отделение оперативной гинекологии с онкогинекологией и дневным стационаром, главный научный сотрудник

Унаниян Ара Леонидович - доктор медицинских наук, профессор (Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)), кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета, профессор кафедры

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «13» октября 2021 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.03, созданного на базе ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России по адресу: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20 стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д.10а) и на сайте <http://dissov.msmsu.ru>

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Акуленко Лариса Вениаминовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Эндометриоз занимает второе место в структуре гинекологической заболеваемости (Оразов М.Р.,2020; Адамян Л.В.,2020; Радзинский В.Е.,2019; Nickkho-Amiry M.,2018), что в свою очередь закономерно оказало отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Частота рецидивов эндометриоза после хирургического лечения составляет 6,4%-через 2 года, 10% - через 3 года и 30,9 % - спустя 8 лет (Pain j.,2018).

Вовлекая центральные механизмы регуляции болевой чувствительности, эндометриоз сопровождается организмом нарушением физической, сексуальной и психической деятельности (Закирова Я.Р., 2019; Szubert M., et al., 2018). Длительное и прогрессирующее течение заболевания, тяжесть клинических проявлений, стойкое нарушение репродуктивной функции, снижение трудоспособности и качества жизни, определяют как медицинское, так и социально-экономическое значение изучения данного заболевания (Aerts L.,2019; Sauvan M.,2018).

Важное значение имеют методы дооперационной диагностики эндометриоза, позволяющие оценить степень распространения, планировать объем оперативного вмешательства, с формированием многопрофильных хирургических бригад (Баринов С.В.,2018., Wenger J.M.,2019). В последние несколько лет, вследствие ряда причин, в России отмечается драматическое снижение рождаемости. Ключевым моментом является комплексная оценка репродуктивного здоровья женщин с наружным генитальным эндометриозом, которая требует мультидисциплинарного подхода.

Степень разработанности темы. До настоящего времени, несмотря на большое количество научных работ, проблемы, касающиеся коррекции нарушений репродуктивного здоровья у женщин с НГЭ после хирургического лечения, все еще далеки от окончательного решения (Радзинский В.Е.,2019; Анненкова Е.И.,2020). «Родственность» хронической боли и психоэмоциональных расстройств, возникновение сексуальной дисфункции и

тем самым ухудшение качества жизни пациенток, объясняется общими патогенетическими механизмами нейрогуморальных нарушений, окислительного стресса, повышением общей антиоксидантной активности организма (Bianchi-Demicheli F, Pluchino N.,2019).

Эндометриоз - мультифакториальное заболевание, одним из важнейших патогенетических звеньев которого является окислительный стресс, влекущий за собой целый каскад реакций : прогрессивно возрастает концентрация продуктов ПОЛ, что сопровождается уменьшением нормальных показателей суммарной антиоксидантной активности (Л. В. Адамян, М. М. Сонова.,2019).

В демографически неблагоприятных условиях необходимо дальнейшее комплексное изучение всех компонентов репродуктивного здоровья, взаимосвязей его нарушений с реализацией репродуктивной функции, поиска путей по его сохранению, а также по улучшению.

Цель исследования: оценить и улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни у пациенток с наружным генитальным эндометриозом.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Дать клинико-anamnestическую характеристику и оценить качество жизни пациенток с НГЭ.
2. Исследовать личностно-характерологические особенности пациенток с НГЭ и установить их роль в формировании основных клинических симптомов.
3. Изучить уровень эмбриотропных аутоантител в крови больных с НГЭ.
4. Определить антиоксидантный статус (АОС) и уровень перекисного окисления липидов (ПОЛ) у пациенток с НГЭ.
5. Предложить оптимизированный подход к ведению пациенток с НГЭ после хирургического лечения.

Научная новизна. Проведена комплексная оценка состояния здоровья у пациенток с НГЭ до и после хирургического лечения. На основании этого обследования расширены представления об иммунологическом,

психоэмоциональном статусе, о репродуктивном здоровье и качестве жизни у пациенток этой сложной категории.

Выявлены факторы риска и сдвиги в антиоксидантном статусе и перекисных системах окисления у пациенток с наружным генитальным эндометриозом. Показано отсутствие корреляционных связей между выраженностью болевого синдрома и стадией заболевания на основании проведенного тестирования. Продемонстрировано отсутствие достоверных корреляционных связей между состоянием иммунной системы и степенью распространения НГЭ.

Нарушения психоэмоционального состояния женщин с тяжелыми формами наружного генитального эндометриоза, в сочетании с отклонениями в системе антиоксидантного и перекисного окисления липидов подчеркивают необходимость комплексной оценки и междисциплинарного подхода к реабилитации данной категории женщин.

Теоретическая и практическая значимость. На основании изучения показателей иммунологических, антиоксидантных и перекисных систем организма, расширены представления о патогенезе НГЭ у женщин репродуктивного возраста в зависимости от стадии заболевания. Проанализированы и углублены представления о состоянии здоровья пациенток с НГЭ. Получены данные, свидетельствующие о многокомпонентном характере тазовой боли, не связанной со степенью распространения НГЭ. Подтверждено, что патогенетическая терапия НГЭ снижает интенсивность болевого синдрома ($p < 0,05$).

Получены данные об отсутствии достоверной корреляции между иммунным статусом пациенток и степенью распространения НГЭ, учитывая данный факт в комплексное лечение не были включены иммуномодуляторы.

Выявлена достоверная корреляционная связь психоэмоционального статуса со степенью распространения эндометриоза ($p < 0,05$).

Положения, выносимые на защиту:

1. У пациенток с наружным генитальным эндометриозом имеются патогенетически значимые изменения в иммунологическом, психоэмоциональном, антиоксидантном и перекисном статусах организма.
2. Наружный генитальный эндометриоз, отрицательно влияет на качество жизни, в частности на различные аспекты сексуальной функции женщин, и диспареуния является не единственным определяющим фактором их сексуального здоровья, а хронический рецидивирующий болевой синдром и ментальные нарушения затрагивают помимо сексуальной функции и психоэмоциональные особенности женщин.
3. Психоэмоциональное состояние женщин с НГЭ характеризуется высоким уровнем депрессивных состояний, что выявлено в корреляционной связи между этими состояниями и стадией НГЭ. В обеих группах пациенток высокий уровень тревожности: 42,9% с проявлениями реактивной и 35,3% - личностной тревожности. Выявлен высокий удельный вес депрессивных и тревожных состояний, в группе II с тяжелыми стадиями НГЭ значения намного выше (64,4% во II группе и 24,8% в I).
4. У пациенток с тяжелой степенью распространения НГЭ выявлен высокий уровень окислительного стресса. В группе пациенток с легкой степенью распространения НГЭ ситуация гораздо более благоприятная: нормальные показатели АОС получены у большинства (62 %) женщин. В группе пациенток с III и IV степенью распространения НГЭ большинство женщин (71 %) имеют показатели АОС ниже нормы. Показателей АОС выше нормы мало как в группе I, так и в группе II (10 % и 3 % соответственно).

Апробация результатов. Апробация диссертации состоялась на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института ФGAOY BO PUDH 5 марта 2021 года, протокол №12.

Личное участие автора. Клинические исследования, анализ и интерпретация полученных данных проведены автором лично. Участие автора

в сборе первичного материала и его обработке, обобщении, анализе и внедрении в практику результатов работы составляет 100%.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 8 — в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 90 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, главы результатов собственных исследований, обсуждения полученных данных, выводов, практических рекомендаций и указателя использованной литературы. Диссертация иллюстрирована 12 рисунками и 18 таблицами. В библиографический указатель включен 158 источников, из них 65 работ принадлежат отечественным авторам, 93 — зарубежным.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методология и методы исследования. Для решения поставленных в настоящей работе задач были обследованы 130 пациенток с наружным генитальным эндометриозом репродуктивного возраста. Работа выполнена в 2017–2020 гг. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН (ректор — д.ю.н, д.э.н, профессор О.А. Ястребов), ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана» (гл. врач — к.м.н. Н.М. Шапкин).

В основу диссертационного исследования положен анализ комплексного обследования и лечения 130 женщин репродуктивного возраста с морфологически подтвержденным эндометриозом яичников (N80.1), которые в дальнейшем были поделены на две группы, в зависимости от распространенности НГЭ с помощью классификации Американского общества фертильности (R-AFS): первая группа (n=71) это пациентки с I, II ст. распространения НГЭ и группа II (n=59) пациентки с III, IV ст. распространения НГЭ .

Критерии включения: репродуктивный возраст, оперативно и гистологически верифицированный наружный генитальный эндометриоз

(N80.1, N80.2, N80.3), отсутствие противопоказаний для назначения гормональных препаратов, информированное согласие пациентки на включение в исследование и лечение основного заболевания. Критерии исключения: аденомиоз, воспалительные заболевания гениталий, онкологические заболевания, тяжелые экстрагенитальные заболевания, беременность и период лактации, системные заболевания, заболевания свертывающей системы крови, острые воспалительные заболевания придатков.

Все данные были обработаны с использованием программы STATISTICA, версия 6.0 компании StatSoft®Inc., США (2003, серийный номер AXAR802D898511FA). Сопоставление 2-х групп, по шкале количества проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Для бинарных и номинальных значений статистические аспекты высчитывались с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона. Корреляционный анализ высчитывался при помощи непараметрической ранговой корреляции по Спирмену. При моделировании некоторых показателей применялись деревья классификации, чтобы оценить качество построенного дерева, нами использовался ROC-анализ.

При сборе анамнеза, помимо стандартизированного обследования, особое внимание уделяли детализации жалоб пациенток на тазовую боль, сексуальную функцию и психоэмоциональное состояние в период заболевания.

Антропометрические параметры обследуемых женщин при общем осмотре определяли с помощью индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: $ИМТ = M/P^2$, где М – масса тела, в кг; Р – рост, в метрах.

Всем обследованным женщинам на 5-7 день менструального цикла выполняли УЗИ органов малого таза.

Иммунологическое исследование. Перед операцией нами был применен метод «ЭЛИ-П-Тест» (ELISA-detected Probably of pathology in pregnancy), основанный на стандартном иммуноферментном анализе.

Определение ПОЛ и АОС. У всех пациенток перед оперативным вмешательством произвели забор крови на определение общего

антиоксидантного статуса (АОС) и перекисного окисления липидов (ПОЛ). Для оценки степени выраженности ОС использовались следующие данные: менее 180 мкмоль/л – низкий ОС; от 180 до 310 мкмоль/л – средний ОС; более 310 мкмоль/л – высокий ОС. Норма: 0-399 мкмоль/л.

Оценка боли и качества жизни. За сутки до и после операции была произведена оценка боли (с помощью визуальной аналоговой шкалы интенсивности боли и болевого опросника Мак-Гилла), также мы использовали шкалу депрессии Бека для выявления уровня депрессивных состояний и Миннесотский многоаспектный личностный опросник для определения психоземotionalного статуса пациенток.

С целью диагностики и лечения НГЭ пациенткам изучаемой когорты была выполнена лапароскопия под эндотрахеальным наркозом. После операции пациентки были разделены на две группы: группа — I (n=71) пациентки с I, II ст. распространения НГЭ и группа II (n=59) пациентки с III, IV ст. распространения НГЭ.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациенток варьировал от 19 до 41 года. При анализе возраста обследованных пациенток, достоверных различий между группами не выявлено ($p < 0,05$).

Наиболее частой жалобой была дисменорея - 115 (88,4%) женщин. Причем в группе I этих жалоб было количественно больше, чем во II группе. Также частыми жалобами больных являлись меноррагия - у 57 (43,8%) женщин, боли постоянного характера - у 56(43,1%) женщин и периодические боли - 31(23,8%). Практически все больные отмечали усиление болевого синдрома с течением времени.

Каждая пятая женщина страдала бесплодием - 23 (17,7%), из них 15(11,5%) - первичным и 8(6,1%) - вторичным. На короткий менструальный цикл жаловалась каждая пятая пациентка – 23 (17,7%), на менометроррагию - 23(17,7%) женщин.

Анализ особенностей менструальной функции пациенток показал, что возраст наступления менархе у пациенток варьировал от 10 до 18 лет, в среднем составил $13,9 \pm 0,1$ лет.

Менструальная функция в виде регулярных менструальных циклов продолжительностью от 21 до 35 дней отмечалась у 64 (52,3%) женщин (средняя продолжительность $27,6 \pm 0,83$ дня). Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи имело место у 11 (8,5%) женщин. Длительность менструального кровотечения не превышала 7 дней у всех обследованных женщин и составила в среднем $5,12 \pm 0,27$ дня. Средний возраст начала половой жизни составил $19,0 \pm 0,42$ года.

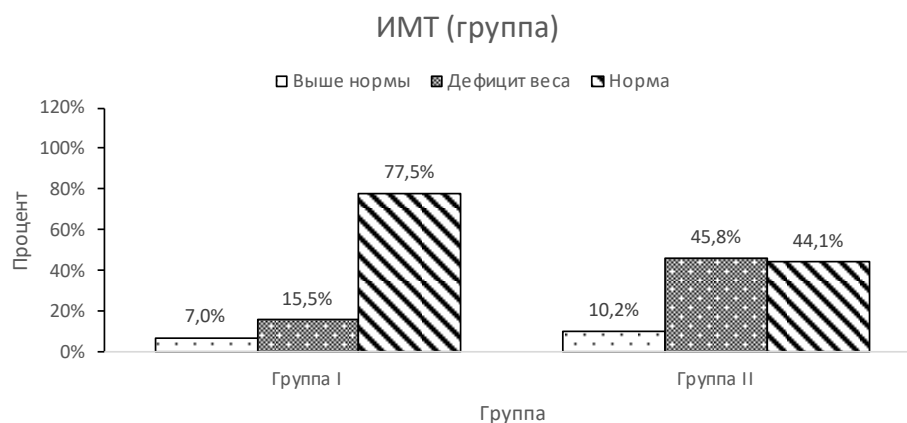
Физиологические роды отмечались у 42 (32,3%) женщин, у 21 (16,1%) пациентки – кесарево сечение. Медицинские аборт в анамнезе произвели 40 (30,8%) женщин, среднее количество абортов в группах составило $3,25 \pm 0,5$, самопроизвольные выкидыши имели место у 17 (13,1%) женщин.

Бесплодием страдали 23 (17,7%) женщин, причем первичным бесплодием 15 (11,5%), вторичным 8 (6,1%).

При анализе сексуальных дисфункций согласно критериям DSM-V ожидание боли приводило к снижению возбуждения, отсутствию влагалищной смазки, гипертонусу мышц тазового дна и нередко — к развитию вестибулодинии. Фактически все эти симптомы имеются у пациенток II группы - 42 пациентки (71,2%), когда как в I группе данные жалобы выявлены у 34 пациенток (47,9%).

Индекс массы тела (ИМТ) был выше в группе I (пациентки с I, II ст. распространения НГЭ) по сравнению с группой II (пациентки с III, IV ст. распространения НГЭ) хотя в обеих группах этот индекс находится в пределах нормы. В группе II наблюдается также больший разброс значений ИМТ, группа I гораздо однороднее по этому показателю (Рис. 1).

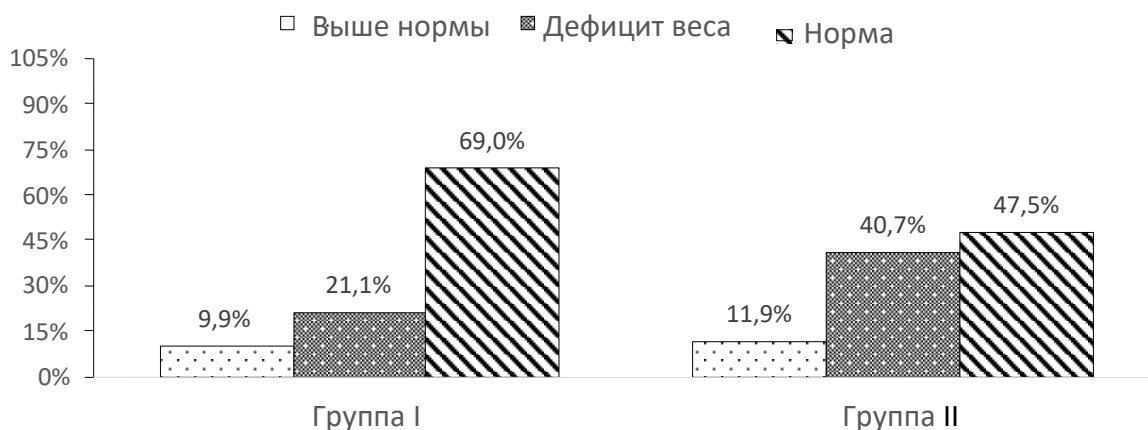
Рисунок 1 - Сравнения в группах по показателю ИМТ



На основании рисунка 1 можно сделать вывод о том, что в группе II наблюдается гораздо большее количество женщин с дефицитом массы тела, чем в группе I (46 % vs 16 % соответственно).

Помимо измерения ИМТ всем пациенткам проводили измерение процентного соотношения жира в организме с Калипера. В группе I распределение по уровню процента жира в организме близко к нормальному - 70 %. Пятая часть женщин группы I (21 %) имеют дефицит жира, и десятая часть (10 %) имеют его избыточное количество, что делает распределение немного несимметричным. Иная ситуация в группе II: нормальное содержание жира имеют 48 % пациенток, а 41 % имеют дефицит веса. Процент женщин с ожирением в группе II сходен с долей таких же женщин в группе I (12 %). Таким образом, все пациентки с дефицитом массы тела больше подвержены изменениям организма при НГЭ.

Рисунок 2 - Процент содержания жира организме



В Таблице 1 представлены результаты статистического анализа по результатам ЭЛИ-П теста. Результаты сравнения показывают, что статистически значимых различий по результатам ЭЛИ-П теста не наблюдается ($p=0,2228$). Практически половина женщин имеет нормореактивность в результате этого теста (58 % и 46 % в группах I и II соответственно), около трети женщин показывают гипореактивность (31 % и 46 % в группах I и II соответственно), и небольшой процент, примерно десятая часть – гиперреактивность (11 % и 9 % в группах I и II соответственно).

Таблица 1 - Сравнение по результатам ЭЛИ-П теста

ЭЛИП-тест	Группа I	Группа II	P
Гиперреактивность	8 (11,3%)	5 (8,5%)	0,2228
Гипореактивность	22 (31,0%)	27 (45,8%)	
Нормореактивность	41 (57,7%)	27 (45,8%)	

Представленные в таблице данные не выявили достоверной корреляционной связи и статистически значимых различий между группами I и II (результаты сравнения представлены в таблице 2; $p=0,1732$).

Таблица 2 - Сравнение по результатам ЭЛИ-П теста

ЭЛИП-тест	Группа I	Группа II	P
Гипо/Гиперреактивность	30 (42,3%)	32 (54,2%)	0,1732
Нормореактивность	41 (57,7%)	27 (45,8%)	

Таким образом, ЭЛИ-П тест не может являться точным тестом определения стадии заболевания НГЭ, однако в комплексной диагностике может быть показателем иммунореактивности организма.

Анализируя показатели теста с результатами ИМТ (Таблица 3) видно, что большинство женщин, независимо от результатов ЭЛИ-П теста, имеют нормальные показатели ИМТ (от 55 до 77 %). Далее по численности идет группа женщин с дефицитом веса (от 37 % в группе гипореактивности до 23 % в группе гиперреактивности. Статистически значимые различия между группами, выделенными по результатам ЭЛИ-П теста, не обнаружены ($p=0,4308$).

Таблица 3 - Сравнение по качественным показателям ИМТ

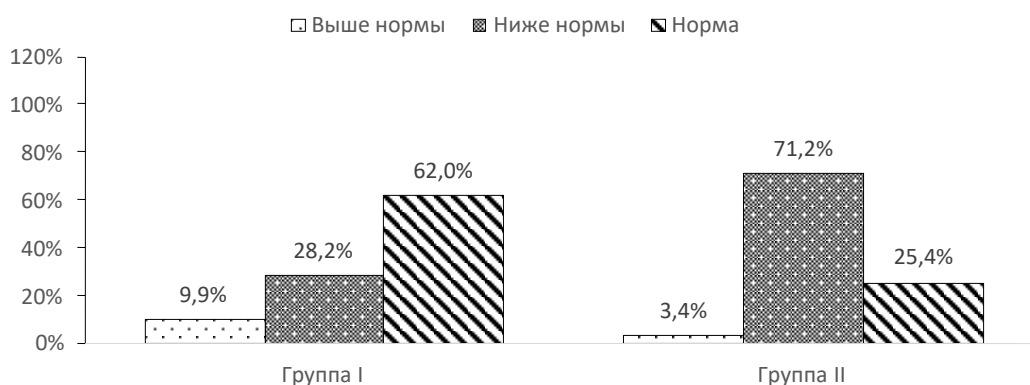
ИМТ	Гипореактивность (N=49)	Нормореактивность (N=68)	Гиперреактивность (N=13)	P (df=2)
↑	4 (8,2%)	7 (10,3%)	0 (0,0%)	0,4308
↓	18 (36,7%)	17 (25,0%)	3 (23,1%)	
N	27 (55,1%)	44 (64,7%)	10 (76,9%)	

На Рисунке 3 представлены результаты статистического анализа по показателю АОС в группах. Различия между группами I и II оказались статистически значимыми, как и в случае анализа численных значений АОС.

На основании рисунка 3 можно сделать вывод о том, что в группе I ситуация гораздо более благоприятная: нормальные показатели АОС получены у большинства (62 %) женщин. В группе II большинство женщин (71 %) имеют

показатели АОС ниже нормы. Показателей АОС выше нормы мало как в группе I, так и в группе II (10 % и 3 % соответственно).

Рисунок 4 - Сравнение по показателю АОС в группах



В Таблице 4 представлены результаты статистического анализа по показателю ПОЛ. Различия также оказались статистически значимыми ($p=0,0006$).

Таблица 4 - Сравнение по показателю ПОЛ в группах

ПОЛ	Группа I	Группа II	P
↑ окислительный стресс	16 (22,5%)	32 (54,2%)	0,0006
↓ окислительный стресс	7 (9,9%)	6 (10,2%)	
N	48 (67,6%)	21 (35,6%)	

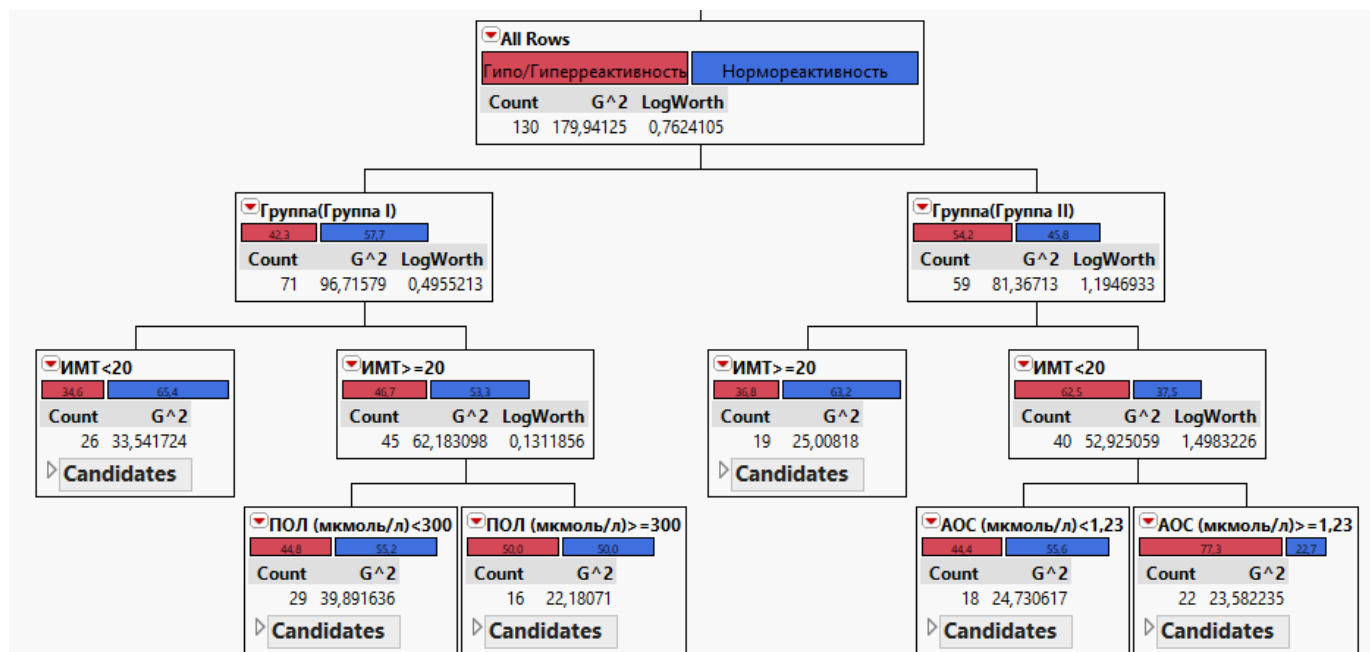
Можно сделать вывод о более благоприятной ситуации в группе I: нормальные значения ПОЛ наблюдаются у большинства женщин из этой группы (68 %). Более половины группы II имеют высокие показатели ПОЛ (54 %), и только примерно треть (36 %) – нормальные.

Нами была построена модель некоторых показателей. В качестве такого показателя был выбран показатель «ЭЛИ-П тест», для наглядности построено дерево решений. Деревья классификации – это метод, позволяющий предсказывать принадлежность наблюдений или объектов к тому или иному классу категориальной зависимой переменной в зависимости от соответствующих значений одной или нескольких предикторных переменных.

В данном случае этот метод удобен для наших целей, так как позволяет последовательно изучать эффект влияния отдельных переменных, а также дает возможность выполнять одномерное ветвление для анализа вклада отдельных переменных и работать с предикторными переменными различных типов.

Как известно, всего в исследовании принимало участие 130 женщин, из них у 68 (52,3 %) женщин результаты ЭЛИ-П теста показали нормореактивность, а у 62 (47,7 %) – либо гипореактивность, либо гиперреактивность. Женщины с гиперреактивностью и гипореактивностью были объединены в одну группу, так как в обоих случаях результат не является нормой. Таким образом, оцениваться будет показатель «Риск Гипо/Гиперреактивности». Причины, которые влияют на результат, показаны на Рисунке 5. Предложенная модель получилась достаточно удачной: AuROC=0.64, эффективность=65 %, что значит, что почти 65 % всех случаев идентифицированы верно.

Рисунок 5 - Дерево решений для показателя «Риск Гипо/Гиперреактивности»



Статистический анализ показывает, что если женщина находится в группе I, то риск гипо/гиперреактивности не превышает 50 %. Если при этом женщина имеет ИМТ менее 20, то риск гипо/гиперреактивности составляет 34,6 %. Если у женщины из группы I ИМТ больше или равно 20 и ПОЛ <300 мкмоль/л, то

риск гипо/гиперреактивности повышается до 44,8 %. Еще немного (до 50 %) повышается риск гипо/гиперреактивности, если у пациентки из группы I ИМТ больше или равно 20 и ПОЛ \geq 300 мкмоль/л.

Если пациентка находится в группе II, то риск гипо/гиперреактивности увеличивается. При ИМТ более и равном 20 вероятность гипо/гиперреактивности составляет 36,8 %. При ИМТ <20 & АОС $<1,23$ мкмоль/л у женщин из группы II вероятность гипо/гиперреактивности возрастает до 44,4 %, а при ИМТ <20 & АОС $\geq 1,23$ мкмоль/л – до 77,3 %.

Следовательно, группу риска гипо/гиперреактивности составляют женщины из группы II с ИМТ менее 20 и АОС $\geq 1,23$ мкмоль/л.

Для оценки качества жизни пациенток была произведена оценка боли. При анализе выраженности боли по **ВАШ** оценки, данные представительницами выделенных групп не различаются и колеблются около 5 баллов ($5,17 \pm 2,87$), что соответствует умеренной боли. Также этот показатель не был связан с тяжестью заболевания, отмечены пациентки, имевшие I или II ст. НГЭ и отмечающие боль как «невыносимую», тогда как пациентки с распространенными формами НГЭ вообще не отмечали наличие боли.

При анализе сенсорной характеристики болевых ощущений с помощью опросника **Мак-Гилла**, между пациентками групп не было значимых различий, и в I, и во II группе не выявлено основного показателя характеристики боли. Среди жалоб преобладали следующие дескрипторы боли: давящая (56,8 %), сжимающая (43,4%), схватывающая (39,6%), тупая (25,2%), ноющая (20,8 %), распространяющаяся (15,7%), режущая (12,1 %), распирающая (9,5%), дергающая (8,8%), пробивающая (5,7%), острая (3,6%), впивающаяся (1,5%).

При оценке аффективной шкалы основная масса обеих групп отмечала боль как изматывающую (48,9%), утомляющую (35,6%), угнетающую (32,3%), обессиливающую (18,9%), тревожащую (13,6%), 10,2% пациенток считали боль как страдание, 8% испытывали чувство страха, 2,4 % отмечали боль как пытку. Ни в одной из анкет не была указана такая характеристика боли как: вызывающая ужас, чувство удушья, досада.

Эвалюативная шкала показывает основной характеристикой боли умеренную (35%), далее пациентки отмечали сильную (24,6%), сильнейшую (12,8%), слабую (9,4%).

Результаты оценки по шкале депрессии **Бека**. Наши результаты согласуются с работами ряда авторов, которые показали, что в исследуемых группах пациенток с НГЭ был довольно высок удельный вес развития тревожности: 42,9% страдали проявлениями реактивной тревожности и 35,3% - личностной тревожности.

Исходное тестирование исследуемых групп по шкале Бека выявило относительно высокий удельный вес пациенток с легкой депрессией - 51,8%.

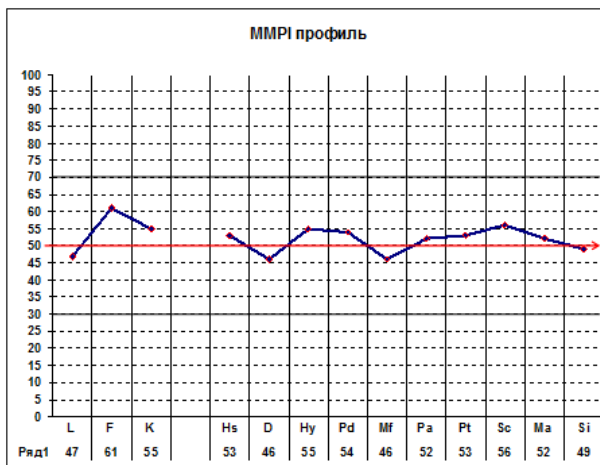
При оценке психоэмоционального состояния женщин с НГЭ отмечен высокий уровень депрессивных и тревожных состояний, при этом во II группе эти показатели значительно выше (64,4% против 24,8%). Женщины этой группы оценивают качество своего физического и психического здоровья значительно ниже, чем женщины I группы, при этом уровень переживаемой боли существенный. В I группе число пациенток с легкой тяжестью депрессии равнялось 10 (14,0 %), со средней тяжестью депрессии 5 (7,0%) и с тяжелой депрессией 2 (2,8%). Средняя сумма баллов по шкале в этой группе равнялась $21 \pm 3,2$.

Во II группе эти показатели отличаются: с легкой тяжестью депрессии 25(42,4%), со средней тяжестью депрессии 7 (11,9%) и с тяжелой депрессией 6 (10,2%). Средняя сумма баллов по шкале в этой группе равнялась $43 \pm 3,0$.

Определение типа профиля при помощи теста ММРІ. «Низкий» (утопленный) профиль, когда ряд шкал ниже 45Т, а большинство шкал профиля не выше 50Т. Такой профиль не интерпретируется, так как имеет место защитная реакция испытуемого в виде выраженной тенденции избежать откровенности и максимально приблизить ответы к норме. Данный тип профиля не имел отличий в обеих группах.

«Нормативный» (линейный) профиль. Показатели такого профиля находятся в пределах 45-55Т, он чаще всего встречается у лиц, относимых к норме (Рисунок 6). В I группе проявился в 53,5 % случаях, в группе II -30,5 %.

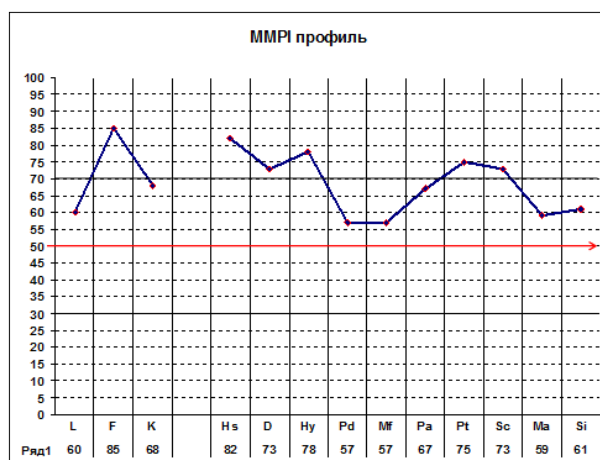
Рисунок 6 - «Нормативный» профиль



«Пограничный профиль» - пики профиля 70-75Т, остальные шкалы не ниже 54Т. В таком профиле пики отражают акцентуированные черты, которые могут затруднять социально-психологическую адаптацию человека. В I группе проявился в 14 % случаях, в группе II -13,5 %.

«Плавающий» профиль, это когда F находится между 65-90Т баллами, каждая из шкал - 1, 2, 3, 7 и 8-я - выше 70, остальные – 56Т и выше. Такой профиль свидетельствует о выраженном стрессе и дезадаптации личности. В I группе проявился в 5,6 % случаях, в группе II -33,8 %. (Рисунок 6).

Рисунок 7 - «Плавающий» тип профиля



«Зубчатый профиль» - множество пиков, сопровождающихся понижением контрастирующих шкал на 7-10Т. Образуется при тенденции

преувеличить тяжесть имеющейся симптоматики. В I группе данный тип профиля проявился в 16,9 % случаях, в группе II - 10,1 %.

Доказано, что психологический дискомфорт определяет снижение качества жизни и социального функционирования при эндометриозе, приводит к дезадаптации и усугубляет течение заболевания. При консервативном лечении эндометриоза психотерапия способствует купированию фиксированных реакций тревоги, оказывает воздействие на астению, страх, ипохондрию, депрессию, а также на вегетативные расстройства функции сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, сопровождающих основное заболевание.

При хирургическом лечении эндометриоза в раннем послеоперационном периоде психотерапия стимулирует и нормализует естественные защитные реакции организма, повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера, способствует формированию положительной лечебной перспективы и восстановлению функции, а в отдаленном послеоперационном периоде облегчает социальную реадaptацию.

В соответствии с жалобами применялись такие методы психотерапии, как гипносуггестивная психотерапия, аутогенная тренировка, личностно-ориентированная терапия, нейролингвистическое программирование, групповая терапия, однако наиболее эффективна когнитивно-бихевиоральная терапия.

Интегративные методики, сочетающие в себе физиотерапию и психотерапию с включением биологической обратной связи, как общего воздействия, так и направленные локально на область тазового дна при консервативном лечении хронического болевого синдрома приводят к прогрессирующей мышечной релаксации, коррекции тревоги и депрессии, улучшению сексуальной функции.

Данные исследований двух групп пациенток дают нам обоснование включить в комплексную терапию второй группы пациенток природные антиоксиданты и противовоспалительные препараты. Для того чтобы

повысить эффективность оперативного лечения возможно использование антиоксидантной терапии (вит С и Е в стандартных дозировках), сочетая их с аГнРг. Контрольное изучение АС проводилось через месяц после оперативного вмешательства и дальнейшего гормонального лечения. Повторное исследование выполнялось спустя 2-3 месяца после окончания приема гормональной терапии. Уровень антиоксидантного статуса приблизился к нормальным показателям в 32,3 % случаев, а перекисное окисление липидов в 36,7 %. После окончания гормональной терапии у пациенток существенно снижался болевой синдром (в 45,2% случаев), улучшалось общее самочувствие, а также повышение работоспособности. Полученные данные свидетельствуют о том, что в комплексное лечение помимо хирургического и гормональной терапии необходимо включить и психотерапевтическую помощь, что в итоге приводит к положительному результату (у 39,1% пациенток). В процессе лечения в назначения были включены природные антиоксиданты с небольшой антиоксидантной активностью, хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов.

Не будем исключать, что применение природных и синтетических АС в комплексном лечении пациенток с эндометриозом способствует эффективному лечению и предотвращению рецидивов. Поиск более новых препаратов для коррекции оксидативного стресса является важной, актуальной задачей для проведения дальнейших исследований в эксперименте и клинике.

Всем пациенткам с нарушениями психоэмоционального статуса нами была назначена психотерапия, при консервативном лечении она способствует купированию фиксированных реакций тревоги, оказывая воздействие на астению, страх, ипохондрию, депрессию, а также на вегетативные расстройства функции сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем. Психотерапевтическое лечение формирует у пациенток активное отношение к нарушению здоровья, создавая положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Интегративные методики, сочетающие в себе физиотерапию и

психотерапию с включением биологической обратной связи, как общего воздействия, так и направленные локально на область тазового дна, при лечении хронического болевого синдрома, приводят к прогрессирующей мышечной релаксации, коррекции тревоги и депрессии, улучшению сексуальной функции у женщин. Подводя итог, можно сделать следующие выводы и практические рекомендации.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие **выводы:**

1. Репродуктивное здоровье женщин с наружным генитальным эндометриозом до оперативного лечения характеризуется: выраженным болевым синдромом (88,46%), боли постоянного характера (43,07%) и периодические боли (23,84%), меноррагией (43,84%), диспареунией (15,38%), бесплодием (17,69%), из них (11,53%) – первичное и (6,15%) – вторичное, нарушениями менструального цикла (81,7%), нарушениями репродуктивной функции (20,4%), а также высокой частотой заболеваний шейки матки (>75.2%).

2. Развитие психоэмоциональных нарушений неизбежно приводит к снижению качества жизни. Наличие тревожно-депрессивной симптоматики является ядром в клинической семиотике женщин с наружным генитальным эндометриозом, даже в случаях его бессимптомных форм. При этом существенно снижаются показатели качества жизни больных, в большей степени за счет психологического компонента здоровья. В исследуемых группах пациенток с НГЭ был довольно высок удельный вес развития тревожности: 42,9% страдали проявлениями реактивной тревожности и 35,3% - личностной тревожности. Отмечен высокий уровень депрессивных и тревожных состояний, при этом в группе II с тяжелыми стадиями НГЭ эти показатели значительно выше (64,4% против 24,8%). В профилях личности пациенток во II группе заметна тенденция к психоатсеническому профилю личности.

3. Определение содержания эмбриотропных антител в сыворотке крови обследованных пациенток не является достоверным тестом прогнозирования

степени распространения патологического процесса.

Состояние иммунореактивности также не зависит от длительности заболевания.

4. У всех пациенток с НГЭ установлен высокий уровень окислительного стресса, обусловленный избыточным образованием свободных радикалов и продуктов перекисного окисления липидов. Выявлена корреляционная зависимость количества пероксидов в сыворотке от степени распространения НГЭ.

5. Клинико-anamнестические, психологические, иммунологические и окислительные особенности НГЭ обосновывают тактику комплексного лечения. В комплексной терапии эндометриозной болезни необходимо наряду с хирургическим и гормональным методами лечения использовать природные антиоксиданты, а также интегративные методики, сочетающие в себе физиотерапию и психотерапию с включением биологической обратной связи.

Полученные результаты дают основание сформулировать следующие **практические рекомендации:**

1. Всем пациенткам с НГЭ необходимо комплексное обследование репродуктивного здоровья, включающее в себя клинико-anamнестическое обследование, оценку качества жизни и психоэмоционального состояния проведением анкетирования с помощью специальных опросников, а также исследование антиоксидантных и перекисных систем окисления.
2. Для повышения качества жизни женщин с эндометриозом необходимо проводить скрининг психоэмоционального состояния с помощью тестов, а при наличии сексуального партнера - сексуальной функции. При выявлении клинически значимой аффективной и сексуальной патологии для оптимизации лечения рекомендуется проведение психотерапевтической коррекции в дооперационном и послеоперационном периодах.
3. Лечение женщин с НГЭ должно иметь индивидуальный, комплексный подход. Методом выбора является лапароскопия с последующим иссечением и/или резекцией эндометриозных очагов. В послеоперационном периоде вопрос о гормонотерапии, антиоксидантной терапии решать

индивидуально. Препарат выбора диеногест, в связи с хорошей переносимостью и возможностью длительного применения. При использовании ГнРГ необходимо включить дополнительные психотерапевтические сеансы.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Иммунологические аспекты патогенеза эндометриозной болезни / Э.И. Бабаева, Д.Г. Арютин, Д.С. Новгинов// **Вестник РУДН. Серия Медицина.** — 2016. — № 2. — С. 123-126.
2. Психоэмоциональное здоровье и качество жизни пациенток с наружным генитальным эндометриозом/Э.И. Бабаева, А.О. Духин, М.З. Абитова // **Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.** 2020. Т. 8, № 3. С. 62–66.
3. Состояние репродуктивной системы и овариального резерва у женщин с опухолями и опухолевидными образованиями яичников / С.Л. Вартамян, Э.И. Бабаева // **Вестник РУДН. Серия Медицина.** — 2016. — № 2. — С. 138-142.
4. Комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения / Я.Р. Закирова, Э.И. Бабаева, М.Р. Оразов, Д.Г. Арютин // **Человек. Спорт. Медицина.** - 2016. - Т. 16, № 4. - С. 32-42.
5. Современная концепция патогенеза синдрома хронической тазовой боли, индуцированной аденомиозом / М.Р. Оразов, Я.Р. Бикмаева, Д.С. Новгинов, Э.И. Бабаева, Д.Г. Арютин // **Вестник РУДН. Серия Медицина.** — 2016. — № 2. — С. 127-132.
6. Хамошина М.Б., Абитова М.З., Оразов М.Р., Оразмурадов А.А., Демина О.А., Исмаилзаде С.Я., Бабаева Э.И. Хирургическое лечение наружного генитального эндометриоза как фактор риска снижения репродуктивного потенциала молодых женщин (по материалам гинекологического стационара) // **Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.** 2020. Т. 8, № 3. С. 55–60.
7. Бабаева Э.И., Оразов М.Р., Духин А.О., Арютин Д.Г. Состояние

антиоксидантной системы и перекисного окисления липидов у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // **Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.** 2020. Т. 8, № 3. С. 70–74.

8. Новгинов Д.С., Ордянец И.М., Ямурзина А.А., Бабаева Э.И. Микро-РНК в патогенезе, диагностике и лечении болезней репродуктивной системы // **Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.** 2020. Т. 8, № 3. С. 80–85.
9. Оптимизация лечебной тактики у пациенток с наружным генитальным эндометриозом (тезисы) / Э.И. Бабаева, А.О. Духин, Д.Г. Арютин // XVI Всероссийский научный форум «Мать и дитя». - 2015.-С.13-14.
10. Психоземotionalный статус пациенток с наружным генитальным эндометриозом до хирургического лечения(тезисы) / Э.И. Бабаева, А.О. Духин, Д.Г. Арютин // VIII Региональный научный форум «Мать и дитя». - 2015.-С.80-81.
11. Комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения (тезисы) / Э.И. Бабаева, А.О. Духин, Д.Г. Арютин, Д.С. Новгинов // XXVIII Международный конгресс с курсом эндоскопии. «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» - 2015.-С.177-178.
12. Молекулярно-биологические детерминанты наружного генитального эндометриоза (тезисы) / Э.И. Бабаева, А.О. Духин, И. Шкрели, З.З. Багдасарова, И.С. Опарин // XXX Юбилейный международный конгресс с курсом эндоскопии. «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» – 2016.-С. 37-38.
13. Оценка особенностей иммунного и психоземotionalного статуса у пациенток с наружным генитальным эндометриозом(тезисы) // Э.И. Бабаева, А.О. Духин, З.З. Багдасарова, С.Л. Вартамян // XXX Юбилейный международный конгресс с курсом эндоскопии. «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» – 2016.-С. 62-63.

Подписано в печать: 23.06.2021
Формат А5
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Тираж 100 Экз.
Заказ №21955
Типография ООО "Цифровичок"
117149, г. Москва, ул. Азовская, д. 13