



Оригинальные работы / Original papers

© Коллектив авторов, 2023
УДК 618.14-002.5-009.7 : 616.8
DOI: 10.24884/1607-4181-2022-30-3-69-75

Е. Р. Исаева^{1*}, Е. Н. Вандеева², Ф. В. Пахомова¹, А. В. Воротникова², А. А. Книжникова¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 74», Женская консультация № 43, г. Кронштадт, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Поступила в редакцию 15.08.2023 г.; принята к печати 06.12.2023 г.

Резюме

Введение. Эндометриоз представляет собой мультифакторное гинекологическое заболевание, характеризующееся доброкачественным разрастанием клеток эндометрия вне полости матки. На современном этапе исследования эндометриоза этиология и патогенез его развития изучены недостаточно. Все больше внимания уделяется эмоциональным и личностным особенностям пациенток, а само заболевание постепенно переходит в разряд психосоматических расстройств.

Цель. Выявить особенности восприятия болевого синдрома, а также эмоциональные, личностные особенности и уровень адаптации женщин с эндометриозом.

Методы и материалы. В исследовании приняли участие 76 респондентов: 46 женщин с эндометриозом и 30 женщин без гинекологической патологии (условно). Использовались психодиагностические опросные методики, направленные на изучение особенностей восприятия болевого синдрома, эмоциональной сферы, уровня адаптации, личностных особенностей и полоролевой идентичности.

Результаты. В личностном профиле женщин с эндометриозом преобладают такие черты, как: тревожность, депрессивность, трудности контроля за происходящими жизненными событиями, снижение уровня социально-психологической адаптации и удовлетворенности качеством жизни, склонность к уходу от действительности в сравнении с личностным профилем условно здоровых женщин. Установлено, что более высокая оценка выраженности болевого синдрома при эндометриозе взаимосвязана с такими типами межличностного взаимодействия, как «зависимый-послушный» и «сотрудничающий-конвенциональный».

Выводы. Лечение и реабилитация пациенток с эндометриозом требует учета их психологических особенностей, а также мультидисциплинарного подхода с привлечением специалистов различных профилей, в том числе психологов/психотерапевтов.

Ключевые слова: эндометриоз, адаптация, болевой синдром, личностные особенности, качество жизни

Для цитирования: Исаева Е. Р., Вандеева Е. Н., Пахомова Ф. В., Воротникова А. В., Книжникова А. А. Психологический аспект болевого синдрома при эндометриозе. *Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2023; 30(3):69 – 75. DOI: 10.24884/1607-4181-2023-30-3-69-75.

* Автор для связи: Елена Рудольфовна Исаева, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: isajeva@yandex.ru.

Elena R. Isaeva^{1*}, Ekaterina N. Vandeeva², Fetisa V. Pakhomova¹, Alina V. Vorotnikova², Anastasia A. Knizhnikova¹

¹ Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

² City Polyclinic № 74, Women's Care Clinic № 43, Kronstadt, Russia

PSYCHOLOGICAL ASPECT OF PAIN SYNDROME IN ENDOMETRIOSIS

Received 15.08.2023; accepted 06.12.2023

Summary

Relevance. Endometriosis is a multifactorial gynecological disease characterized by a benign proliferation of endometrial cells outside the uterine cavity. At the present stage of the study of endometriosis, the etiology and pathogenesis of its development have not been studied enough. More and more attention is paid to the emotional and personal characteristics of patients, and the disease itself is gradually moving into the category of psychosomatic disorders.

The **objective** was to identify the features of the perception of pain syndrome, as well as emotional, personal characteristics and the level of adaptation of women with endometriosis.

Methods and materials. The study involved 76 respondents: 46 women with endometriosis and 30 women without gynecological pathology (conditionally). We used psychodiagnostic questionnaire methods aimed at studying the perception of pain syndrome, emotional sphere, level of adaptation, personal characteristics and gender identity.

Results. The personal profile of women with endometriosis is dominated by such traits as: anxiety, depression, difficulties in controlling life events, a decrease in the level of socio-psychological adaptation and satisfaction with the quality of life, a tendency to escape from reality in comparison with the personal profile of conditionally healthy women. It has been established that a higher assessment of the severity of pain syndrome in endometriosis is interconnected with such types of interpersonal interaction as «dependent-obedient» and «cooperating-conventional».

Conclusions. The treatment and rehabilitation of patients with endometriosis requires taking into account their psychological characteristics, as well as a multidisciplinary approach involving specialists of various profiles, including psychologists/psychotherapists.

Keywords: endometriosis, adaptation, pain syndrome, personality traits, quality of life

For citation: Isaeva E. R., Vandeeva E. N., Pakhomova F. V., Vorotnikova A. V., Knizhnikova A. A. Psychological aspect of pain syndrome in endometriosis. *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2023;30(3):69–75. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2023-30-3-69-75.

* **Corresponding author:** Elena R. Isaeva, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: isajeva@yandex.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Эндометриоз представляет собой сложное, многофакторное заболевание женской репродуктивной системы, которое характеризуется разрастанием клеток эндометрия вне полости матки. По данным Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology) распространенность эндометриоза среди женщин во всем мире на 2022 г. варьируется от 2 % до 10 %, а в отдельных популяциях среди пациенток с бесплодием достигает 50 % [1]. Отмечается, что манифестация данного заболевания в 21 % случаев наступает в возрасте до 15 лет, а в 17 % случаев в возрасте от 15 до 19 лет. Однако непосредственная постановка диагноза происходит лишь после 7–8 лет с момента появления первых жалоб [2]. В России по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) заболеваемость эндометриозом за последние 15 лет увеличилась почти в 2 раза [3].

На сегодняшний день этиология и патогенез развития эндометриоза изучены недостаточно [4], а отдельные теории возникновения и развития данного заболевания не в силах удовлетворить запросы современной клинической практики. Все чаще поднимается вопрос о взаимосвязи симптомов и проявлений эндометриоза с психологическими особенностями пациенток. Отдельные публикации в попытке обозначить важность изучения психологического компонента определяют эндометриоз как «болезнь адаптации», «болезнь деловых и активных женщин» [5]. Таким образом, недостаточная изученность данного заболевания, высокий процент распространенности среди женского населения, трудности на этапе ранней диагностики и выраженное влияние эндометриоза на репродуктивное здоровье пациенток определяют необходимость изучения всех факторов, взаимосвязанных с ним, в том числе и психологических.

Ряд научных исследований показал наличие у женщин, испытывающих тазовые боли при эндо-

метриозе, следующих индивидуально-психологических особенностей: повышенный уровень тревоги, склонность к переживанию депрессивных состояний, ипохондричность, сенситивность, эмоциональная лабильность [6–10]. Перечисленные аспекты, с одной стороны, могут являться последствиями жизни с хроническим болевым синдромом, а с другой, относится к компонентам этиопатогенеза эндометриоза. На этот факт указывают следующие отличительные личностные особенности пациенток, которые, безусловно, формируются с самого раннего детства: тенденция к созданию симбиотических отношений с окружающими, зависимый тип поведения, сверхконформность, трудности в отстаивании личных границ [6]. Также у женщин с эндометриозом в сравнении со здоровыми отмечается наличие в семейном анамнезе большего числа травматичных ситуаций и различного рода сексуальных дисфункций на момент обращения за медицинской помощью [6–10].

Хроническая тазовая боль является одной из основных жалоб пациенток с эндометриозом. Она заметно ухудшает качество жизни женщин, оказывает сильное влияние на работоспособность и ограничивает возможности оптимального функционирования в повседневной жизни. Важно отметить тесную связь любого хронического болевого синдрома с возникновением психологических и психических нарушений. Так, постоянное поступление болевых импульсов в кору головного мозга приводит к ее чрезмерному возбуждению, повышению лабильности во взаимоотношениях с подкорковыми структурами и, как следствие, к возникновению невротических состояний у пациенток [11].

Таким образом, психологические исследования женщин с эндометриозом позволят расширить знания как об этиопатогенезе заболевания, так и разработать конкретные психологические рекомендации по работе с данной группой пациенток с целью улучшения качества их жизни.

Целью исследования стало выявление особенностей восприятия болевого синдрома, а также

эмоциональных, личностных особенностей и уровня адаптации женщин с эндометриозом.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

В исследовании приняли участие 76 респондентов: 46 женщин с эндометриозом (основная группа) и 30 условно здоровых женщин (группа сравнения).

Критерии включения в основную группу:

– наличие диагноза «Эндометриоз» (N80.0 – N80.9);

– возраст от 20 до 50 лет;

– наличие тазовых болей.

Критерии исключения из основной группы:

– возраст младше 20 лет и старше 50 лет;

– отсутствие тазовых болей;

– наличие психических расстройств.

В основную группу вошли 46 женщин с диагнозом «Эндометриоз» (N80.0 – N80.9). Возраст респондентов варьировался от 21 до 47 лет (средний возраст выборки 30 ± 7 лет). Набор группы осуществлялся среди пациенток СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 74», Женская консультация № 43, г. Кронштадт, а также посредством опроса женщин в сети интернет. Диагноз «Эндометриоз» у респонденток был установлен морфологически на основании клинико-инструментальных методов исследования.

Гинекологический болевой синдром являлся основным клиническим проявлением эндометриоза. При заполнении «Визуальной аналоговой шкалы» и «Болевого опросника Мак-Гилла» пациентки охарактеризовали выраженность болевых ощущений как слабую – 3,3 %, как умеренную – 33,3 %, как сильную – 30 %, как сильнейшую – 13,3 %, как невыносимую – 20 %. У 15 % пациенток в анамнезе имели место аборт, у 4 % выкидыши и у 4 % замершие беременности. По уровню образования в основной группе распределение выглядит следующим образом: 63 % женщин имеют высшее образование, 11 % – неоконченное высшее, 26 % – среднее специальное. Большая часть пациенток состоят в официальном (54 %) или гражданском браке (11 %).

В группу сравнения вошли 30 женщин без гинекологической патологии (условно). Ни одна из респонденток на момент проведения исследования не имела жалоб гинекологического характера, включая болевой синдром, а также не состояла на учете у врача-гинеколога. Возраст группы сравнения варьировался от 20 до 41 года (средний возраст выборки 24 ± 6 лет). Высшее образование имели 47 % женщин, неоконченное высшее – 40 %, среднее специальное – 13 %. Большая часть респонденток группы сравнения не состоит в официальном и/или гражданском браке (77 %).

Для исследования психологических особенностей респонденток использовались следующие психодиагностические методики: «Шкала оценки качества жизни» (в адаптации Н. Е. Водопьяновой), «Социально-психологическая адаптация» (К. Род-

жерс), «Опросник феминности-маскулинности» (С. Бэм), «Метод диагностики межличностных отношений» (ДМО, Л. Н. Собчик), «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Для исследования особенностей восприятия болевого синдрома были выбраны «Болевой опросник Мак-Гилла» и «Визуальная аналоговая шкала» (ВАШ).

Статистический анализ полученных данных производился в программе «Statistica 10». Полученные результаты соответствовали закону нормального распределения. Сравнительный анализ в исследовании проводился с помощью критерия Стьюдента, корреляционный анализ с помощью критерия Пирсона. В работе с полученными данными применялись методы описательной статистики. При определении статистической значимости использовалась вероятность случайной ошибки 5 % ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках проведенного исследования было установлено, что у женщин с болевым синдромом при эндометриозе выявлен субклинический уровень тревоги и депрессии, низкая удовлетворенность качеством жизни, снижение уровня адаптации, а также феминный стиль полоролевого поведения, характеризующийся чертами зависимости от мнения окружающих, сверхкомформностью, альтруистичностью и компромиссностью. Субъективное восприятие болевого синдрома взаимосвязано с перечисленными выше эмоционально-личностными особенностями пациенток.

1. Исследование эмоционально-личностных особенностей женщин с эндометриозом и гинекологически здоровых (условно).

В ходе исследования статистически значимо выявлено снижение общей удовлетворенности качеством жизни у пациенток с эндометриозом по сравнению со здоровой группой респонденток. Наибольшее внимание обращает на себя низкая оценка удовлетворенности в таких сферах жизнедеятельности пациенток, как: состояние здоровья, общение с друзьями и близкими людьми, профессия и рабочая сфера (таблица).

В рамках исследования особенностей социально-психологической адаптации респонденток обнаружено статистически значимое снижение общего уровня адаптационных возможностей у пациенток с эндометриозом в сравнении с гинекологически здоровой группой (условно) (рис. 1). Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины данной нозологической группы имеют более выраженные трудности в выстраивании отношений с социальным окружением, выражающиеся в наличии длительных внешних и внутренних конфликтов, недостаточной продуктивности выполнения своей ведущей деятельности, сложностях удовлетворения основных социоген-

**Сравнение средних значений по «Шкале оценки качества жизни» (в адаптации Н. Е. Водопьяновой)
в группах 1 и 2, баллы методики**

**Comparison of mean values according to the «Scale for assessing the quality of life» (adapted by N. E. Vodopyanova)
in groups 1 and 2, points of the method**

Шкала	Группа		Уровень достоверности различий, р
	1 (эндометриоз)	2 (здоровые)	
Работа	19,17±10,49	24,70±7,26	0,021*
Личные достижения	19,20±9,71	23,23±7,80	0,081
Здоровье	16,13±7,18	24,37±7,21	0,001*
Общение с друзьями и близкими	20,87±8,90	25,47±6,21	0,024*
Поддержка	17,03±7,53	20,27±7,59	0,103
Оптимистичность	19,33±7,36	21,23±5,70	0,268
Напряженность	19,30±7,77	19,43±8,00	0,948
Самоконтроль	17,13±7,12	20,23±7,29	0,101
Негативные эмоции	15,33±8,26	18,63±5,65	0,076
Индекс качества жизни	18,17±6,68	21,96±5,58	0,020*

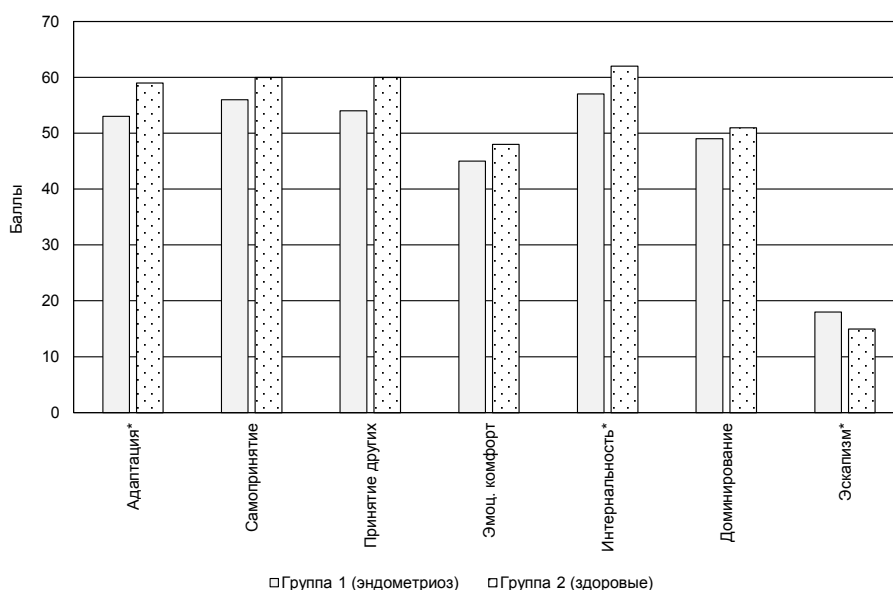


Рис. 1. Сравнение группы 1 и 2 по методике «Социально-психологическая адаптация» К. Роджерса, баллы методики

Fig. 1. Comparison of groups 1 and 2 according to the method of «Socio-psychological adaptation» by K. Rogers, points of the method

ных потребностей, а также в недостаточной мере соответствия тем ролевым ожиданиям, которые предъявляются к ним обществом.

Обращает на себя внимание выраженность у пациенток с эндометриозом такого психологического механизма, как *эскапизм*. Он представляет собой стремление личности к уходу от действительности в мир иллюзий с целью снятия психоэмоционального напряжения. Довольно часто эскапизм наблюдается у лиц, пребывающих в ситуации хронического стресса. У здоровых респонденток проявление данного механизма статистически значимо ниже, чем у женщин с эндометриозом (рис. 1).

Также в рамках исследования особенностей социально-психологической адаптации было вы-

явлено значимое *снижение уровня интернальности* у пациенток с эндометриозом по сравнению с гинекологически здоровой группой (рис. 1). Полученный результат свидетельствует о том, что при эндометриозе у женщин в большей степени имеются трудности в контроле над имеющимися жизненными обстоятельствами, выражающиеся в неуверенности в своих силах, а также в убежденности, что их судьба зависит от воли случая, удачи или других внешних обстоятельств, а не от них самих.

2. Исследование эмоционально-личностных особенностей в группе женщин с эндометриозом с разным уровнем адаптации.

В рамках исследования основная группа (46 женщин) была разделена на 2 подгруппы численностью

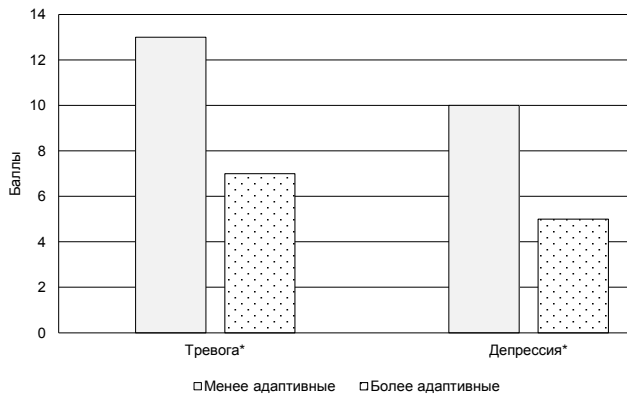


Рис. 2. Сравнение женщин с эндометриозом с разным уровнем адаптации по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), баллы методики

Fig. 2. Comparison of women with endometriosis with different levels of adaptation according to the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), points of the method

по 23 человека: женщины с эндометриозом с более высоким уровнем адаптации (высокие значения и значения выше среднего по шкале «Адаптация» методики К. Роджерса) и женщины с эндометриозом с более низким уровнем адаптации (низкие значения и значения ниже среднего по шкале «Адаптация» методики К. Роджерса).

По результатам сравнительного анализа данных подгрупп были получены статистически значимые различия в рамках исследования следующих эмоционально-личностных особенностей:

1) преобладание «зависимого-послушного» ($p \leq 0,001$) и «покорного-застенчивого» ($p \leq 0,001$) стилей межличностного взаимодействия у менее адаптивных пациенток с эндометриозом;

2) выраженность тревожных и депрессивных тенденций в группе, имеющих большие трудности в социально-психологической адаптации (рис. 2);

3) наличие в полоролевом поведении меньшей ориентации на феминные стилевые особенности у более адаптивных пациенток;

4) субъективное восприятие болевого синдрома характеризуется большей эмоциональной вовлеченностью в переживание возникающего соматического дискомфорта при низких показателях социальной адаптации у женщин с эндометриозом (рис. 3).

В связи с полученными результатами закономерно предположить, что общая удовлетворенность качеством жизни пациенток с трудностями в адаптации будет значимо снижена, что также подтвердилось результатами нашего исследования: снижение удовлетворенности наблюдается в таких сферах, как работа ($p \leq 0,001$), личные достижения ($p \leq 0,001$), здоровье ($p \leq 0,001$), общение с друзьями и близкими ($p \leq 0,001$), оптимистичность ($p \leq 0,001$), самоконтроль ($p \leq 0,001$), негативные эмоции ($p \leq 0,001$) и напряженность ($p \leq 0,001$).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что уровень адаптационных возможностей пациенток с эндометриозом играет значимую роль в

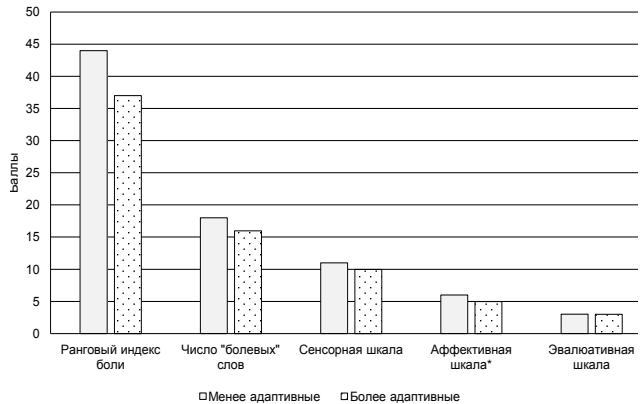


Рис. 3. Сравнение женщин с эндометриозом с разным уровнем адаптации по методике «Болевой опросник Мак-Гилла», баллы методики

Fig. 3. Comparison of women with endometriosis with different levels of adaptation according to the McGill Pain Questionnaire method, points of the method

особенностях субъективного восприятия болевого синдрома, а также способности преодолевать жизненные трудности и справляться с психоэмоциональным напряжением.

3. Исследование особенностей восприятия болевого синдрома.

Субъективное восприятие болевого синдрома у женщин с эндометриозом в рамках «Болевого опросника Мак-Гилла» описывалось с помощью 3-х характеристик:

- сенсорные характеристики боли (тянущая, ноющая и др.);
- аффективные характеристики боли (вызывает ужас, изматывает и др.);
- эвалюативные характеристики боли (слабая, умеренная и др.).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациентки с эндометриозом при описании характера боли делают больший акцент на сенсорных характеристиках, нежели аффективных, что может свидетельствовать, с одной стороны, о проявлении защитного механизма в виде снижения уровня эмоциональной вовлеченности в переживание болезни, а с другой — об эмоциональной сдержанности и склонности к пониженному настроению.

По эвалюативной шкале опросника Мак-Гилла распределение степени выраженности болевого синдрома выглядит следующим образом (рис. 4): как слабую боль оценивают 3,3 % женщин, как умеренную 33,3 %, как сильную 30 %, как сильнейшую 13,3 % и как невыносимую 20 %.

При проведении корреляционного анализа между шкалами методик, направленных на исследование личностных особенностей, и «Болевого опросника Мак-Гилла» были получены следующие результаты:

- *зависимо-послушный стиль* межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом положительно коррелирует с такими показателями, как ранговый индекс боли, сенсорное восприятие

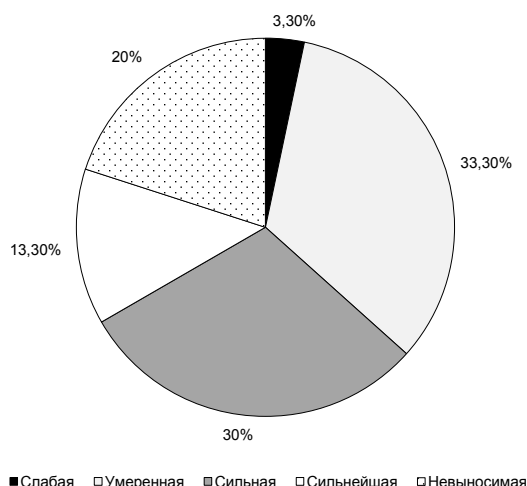


Рис. 4. Эвалюативная шкала «Болевого опросника Мак-Гилла», проценты

Fig. 4. Evaluation scale of the McGill Pain Questionnaire, percent

болевого синдрома, аффективное восприятие болевого синдрома и количество слов дескрипторов, выбираемых женщинами для описания субъективных ощущений от тазовых болей;

— *сотрудничающий-конвенциональный* стиль межличностного взаимодействия у женщин с эндометриозом положительно коррелирует с такими показателями, как индекс боли по методике «Визуальная аналоговая шкала», сенсорное восприятие болевого синдрома, аффективное восприятие болевого синдрома и количество слов дескрипторов, выбираемых женщинами для описания субъективных ощущений от тазовых болей.

Таким образом, можно говорить о том, что женщины с болевым синдромом при эндометриозе, для которых характерны выраженность черт зависимости от мнения окружающих и сверхконформности, желание угодить требованиям окружающих лиц в ущерб своим интересам и нуждам, будут характеризоваться более интенсивным восприятием боли с точки зрения ее силы, сенсорных и эмоциональных компонентов.

ВЫВОДЫ

1. У женщин с эндометриозом выявлен субклинический уровень тревоги и депрессии. У гинекологически здоровых женщин (условно) тревожные и депрессивные тенденции отсутствуют.

2. Женщины с эндометриозом меньше удовлетворены общим качеством жизни, чем гинекологически здоровые респондентки (условно), в таких сферах как: работа, здоровье, общение с друзьями и близкими.

3. Женщины с эндометриозом характеризуются снижением уровня адаптации, утратой веры в собственные силы и склонностью к уходу от действительности в отличие от гинекологически здоровых женщин (условно).

4. 60 % женщин с эндометриозом характеризуются зависимостью от мнения окружающих,

сверхкомформностью, трудностями в отстаивании границ в общении с людьми. По предпочитаемым стилям межличностного взаимодействия пациентки с эндометриозом от гинекологически здоровых женщин (условно) не отличаются.

5. В восприятии болевого синдрома у женщин с эндометриозом преобладает его описание с помощью сенсорных характеристик боли, связанных с повышенной концентрацией на телесных переживаниях, нежели аффективных, что может свидетельствовать о проявлении защитного механизма в виде снижения уровня эмоциональной вовлеченности в переживание болезни.

6. Женщины с эндометриозом и низкой адаптацией характеризуются зависимостью от мнения окружающих, сверхкомформностью, тревожностью, депрессивностью, а также более эмоциональным восприятием болевого синдрома в сравнении с более адаптивными пациентками с эндометриозом.

7. Более высокая оценка и переживание боли взаимосвязаны с такими типами межличностного взаимодействия, как «зависимо-послушный» и «сотрудничающий-конвенциональный», что говорит о зависимости от мнения окружающих, повышенной комформности, компромиссном поведении, повышенном проявлении дружелюбия в обществе у женщин с эндометриозом с выраженным болевым синдромом.

Таким образом, пациентки с эндометриозом имеют определенные эмоциональные и личностные особенности, отличающиеся от особенностей гинекологически здоровых женщин, а субъективное восприятие болевого синдрома взаимосвязано с уровнем адаптации, тревогой, депрессивными тенденциями и личностными особенностями женщин данной группы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что лечение и реабилитация пациенток с эндометриозом требуют учета их психологических особенностей, а также мультидисциплинарного подхода с привлечением специалистов психологического профиля. Основными задачами в работе психологов с женщинами, имеющими эндометриоз, будут являться: обучение навыкам уменьшения выраженности болевого синдрома с помощью техник саморегуляции, снятие психоэмоционального напряжения, психокоррекционные мероприятия, направленные на профилактику социальной дезадаптации и повышение удовлетворенности качеством своей жизни.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получе-

ние информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Becker C. M., Bokor A., Heikinheimo O. et al. ESHRE guideline: endometriosis // Human reproduction open. – 2022. – Vol. 2022, № 2. – P. hoac009.
2. Kitajima M., Dolmans M.-M., Donnez O. et al. Enhanced follicular recruitment and atresia in cortex derived from ovaries with endometriomas // Fertility and Sterility. – 2014. – Vol. 101, № 4. – P. 1031–1037.
3. Межлумова Н. А., Бобров М. Ю., Адамян Л. В. Биомаркеры эндометриоза: проблемы и возможности раннего выявления рецидивов заболевания (обзор) // Проблемы репродукции. – 2018. – Т. 24, № 6. – С. 139.
4. Сухих Г. Т., Серов В. Н., Адамян Л. В. и др. Алгоритмы ведения пациенток с эндометриозом: согласованная позиция экспертов Российского общества акушеров-гинекологов // Акушерство и гинекология. – 2023. – № 5. – С. 159–176.
5. Дамиров М. М. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин. – М.: Изд-во БИНОМ, 2010. – 191 с. – ISBN 978-5-9518-0413-6. – EDN QLXWIJ.
6. Богатова И. К., Семенова О. К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15, № 1. – С. 61–63.
7. Гуменюк Л. Н. Психокоррекция и психопрофилактика психической дезадаптации в системе комплексной реабилитации женщин с генитальным эндометриозом // Таврический журнал психиатрии. – 2016. – Т. 20, № 2(75). – С. 30–34.
8. Сандакова Е. А., Чернышова И. В. Тревожно-депрессивные акцентуации в оценке качества жизни больных генитальным эндометриозом // Лечение и профилактика. – 2013. – № 2(6). – С. 54–58. – EDN RCDWRN.
9. Шао Ц. Д. Психологические особенности женщин с гинекологической патологией. Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты, Чита, 2016 – Чита: Забайкальский государственный университет, 2016. – С. 1015–1023. – EDN VYSVEV.
10. Zarbo C., Brugnera A., Compare A. et al. Psychological and cognitive factors implicated in pain experience in

women with endometriosis // Health Care for Women International. – 2021. – Vol. 43, № 1–3. – С. 142–159.

11. Старцева Н. В., Швецов М. В., Беда Ю. В. Современные аспекты болевого синдрома при эндометриозе // Журнал акушерства и женских болезней. – 2021. – Т. 5, № 3. – С. 94–97.

REFERENCES

1. Becker C. M., Bokor A., Heikinheimo O. et al. ESHRE guideline: endometriosis // Human reproduction open. 2022; 2022(2):hoac009.
2. Kitajima M., Dolmans M.-M., Donnez O. et al. Enhanced follicular recruitment and atresia in cortex derived from ovaries with endometriomas // Fertility and Sterility. 2014;101(4):1031–1037.
3. Mezhlumova N. A., Bobrov M. Yu., Adamyan L. V. Biomarkers of endometriosis: problems and possibilities of early detection of disease recurrence (a review) // Problemy Reproduktsii. 2018;24(6):139. (In Russ.).
4. Sukhikh G. T., Serov V. N., Adamyan L. V. et al. Algorithms for the management of patients with endometriosis: an agreed position of experts from the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists // Akusherstvo i Ginekologiya. 2023;(5):159–176. (In Russ.).
5. Damirov M. M. Genital endometriosis – a disease of active and business women. Moscow, BINOM Publishing House, 2010:191. – ISBN 978-5-9518-0413-6. – EDN QLXWIJ. (In Russ.).
6. Bogatova I. K., Semenova O. K. Psychological characteristics of women with genital endometriosis // Bulletin of new medical technologies. 2008;15(1):61–63. (In Russ.).
7. Gumenyuk L. N. Psychocorrection and psychoprophylaxis of mental maladjustment in the system of complex rehabilitation of women with genital endometriosis // Tauride Journal of Psychiatry. 2016;20(2(75)):30–34. (In Russ.).
8. Sandakova E. A., Chernyshova I. V. The anxious depressive accentuations in assessment of quality of life of patients with genital endometriosis // Lechenie i profilaktika. 2013; (2):54–58. (In Russ.).
9. Shao Ts. D. Psychological characteristics of women with gynecological pathology // State of health: medical, social and psychological and pedagogical aspects, Chita, 2016. Chita, Transbaikalian State University, 2016:1015–1023. (In Russ.).
10. Zarbo C., Brugnera A., Compare A. et al. Psychological and cognitive factors implicated in pain experience in women with endometriosis // Health Care for Women International. 2021;43(1–3):142–159.
11. Startseva N. V., Shvetsov M. V., Beda Y. V. Contemporary aspects of pain syndrome in endometriosis // Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2021;51(3):94–97. (In Russ.).

Информация об авторах

Исаева Елена Рудольфовна, зав. кафедрой общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-7731-7693; **Вандеева Екатерина Николаевна**, зав. женской консультацией-врач акушер-гинеколог, Городская поликлиника № 74, Женская консультация № 43 (г. Кронштадт, Россия), ORCID: 0000-0001-9878-3338; **Пахомова Фетиса Васильевна**, ассистент кафедры общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0009-4273-3820; **Воротникова Алина Владимировна**, врач-акушер-гинеколог, Городская поликлиника № 74, Женская консультация № 43 (Кронштадт, Россия), ORCID: 0009-0006-4274-0738; **Книжникова Анастасия Александровна**, студент отделения клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0005-0049-8448.

Information about authors

Isaeva Elena R., Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-7731-7693; **Vandeeva Ekaterina N.**, Head of the Women's Care Clinic, Obstetrician and Gynecologist, City Polyclinic № 74, Women's Care Clinic № 43 (Kronstadt, Russia), ORCID: 0000-0001-9878-3338; **Pakhomova Fetisa V.**, Assistant of the Department of General and Clinical Medicine Psychology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0009-4273-3820; **Vorotnikova Alina V.**, Obstetrician and Gynecologist, City Polyclinic № 74, Women's Care Clinic № 43 (Kronstadt, Russia), ORCID: 0009-0006-4274-0738; **Knizhnikova Anastasia A.**, Student of the Department of Clinical Psychology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0005-0049-8448.