



© CC BY Коллектив авторов, 2019
УДК 616.145-009.7-05:159.937-055.2
DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-62-68

Е. А. Петрова, В. А. Череповская*, Ф. В. Пахомова, С. Ю. Круглов, В. В. Белоногова, Е. Р. Исаева, В. Ф. Беженарь

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

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Поступила в редакцию 08.04.19 г.; принята к печати 26.06.19 г.

Резюме

Введение. Рассматриваются психологические особенности пациенток с болевым синдромом при эндометриозе, а также их связь с восприятием боли.

Цель исследования – выявление особенностей восприятия болевого синдрома, а также личностных, эмоциональных особенностей и удовлетворенности качеством жизни у женщин с эндометриозом.

Материал и методы. Всего обследованы 56 испытуемых: 27 женщин с эндометриозом и 29 женщин без гинекологической патологии. Использованные психодиагностические методики: Болевой опросник Мак-Гилла, визуальная аналоговая шкала боли, «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» (в адаптации Н. Е. Водопьяновой), «Гиссенский личностный опросник», Метод диагностики межличностных отношений (ДМО Л. Н. Собчик), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. В результате исследования было выявлено, что для пациенток с болевой формой эндометриоза характерна меньшая удовлетворенность качеством жизни в сфере здоровья, эмоционального и физического комфорта. В восприятии себя наблюдается феминный тип поло-ролевого поведения, а в межличностных отношениях преобладает ответственно-великодушный стиль. Восприятие боли взаимосвязано со стилем поведения в межличностных отношениях.

Выводы. При лечении и реабилитации пациенток с эндометриозом необходимо учитывать их психологические особенности, поскольку они оказывают влияние на субъективное восприятие болевого синдрома, могут снижать удовлетворенность качеством жизни и ухудшать эмоциональное состояние.

Ключевые слова: эндометриоз, качество жизни, стиль межличностных отношений, болевой синдром

Для цитирования: Петрова Е. А., Череповская В. А., Пахомова Ф. В., Круглов С. Ю., Белоногова В. В., Исаева Е. Р., Беженарь В. Ф. Эмоциональные и личностные особенности восприятия боли у женщин при эндометриозе. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.* 2019;26(2):62–68. DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-62-68.

* **Автор для связи:** Вероника Андреевна Череповская, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: cherepovskaya_v@mail.ru.

© CC BY Composite authors, 2019
UDC 616.145-009.7-05:159.937-055.2
DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-62-68

Elena A. Petrova, Veronika A. Cherepovskaya*, Fetisa V. Pakhomova, Stanislav Iu. Kruglov, Veronika V. Belonogova, Elena R. Isaeva, Vitaliy F. Bezhenar

Pavlov University, Russia, St. Petersburg

EMOTIONAL AND PERSONALITY TRAITS OF PAIN PERCEPTION IN WOMEN WITH PAIN SYNDROME IN ENDOMETRIOSIS

Received 08.04.19; accepted 26.06.19

Summary

Introduction. This article is devoted to psychological features in patients with pain syndrome in endometriosis and their pain perception.

The **objective** of the study was to identify features of pain syndrome perception, personality traits, emotional features and satisfaction with quality of life in patients with endometriosis.

Material and methods. 56 women were examined: 27 patients with endometriosis and 29 women without gynecological diseases. The following psychodiagnostic methods were used: «The McGill Pain Questionnaire», «Visual Analogue Scale», «Giessen test», the test of L. N. Sobchik «Diagnosis of interpersonal relationships», the questionnaire of N. E. Vodopyanova «Assessment of the level of satisfaction with the quality of life», «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS).

Results. The results of the study indicated that patients with painful forms of endometriosis were less satisfied with the quality of life in the field of health, emotional and physical comfort. The feminine type of gender-role behavior was identified in self-perception, and the responsibly-magnanimous style prevails in interpersonal relations. The perception of pain was interrelated with interpersonal behavior style.

Conclusion. Psychological characteristics of patients with endometriosis must have been taken into account during treatment and rehabilitation, since they affected the subjective perception of pain, could reduce satisfaction with the quality of life and worsen the emotional state.

Keywords: endometriosis, quality of life, style of interpersonal relations, pain syndrome

For citation: Petrova E. A., Cherepovskaya V. A., Pakhomova F. V., Kruglov S. Iu., Belonogova V. V., Isaeva E. R., Bezhenar V. F. Emotional and personality traits of pain perception in women with pain syndrome in endometriosis. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU*. 2019;26(2):62–68. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-62-68.

* **Corresponding author:** Veronika A. Cherepovskaya, Pavlov University, 6-8 L'va Tolstogo street, St. Petersburg, Russia, 197022. E-mail: cherepovskaya_v@mail.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Эндометриоз — одно из наиболее распространенных и тяжелых гинекологических заболеваний в наши дни среди женщин репродуктивного возраста. Оно негативно сказывается на трудоспособности женщин, их качестве жизни и общем состоянии. Данные популяционных исследований Всемирного исследовательского фонда эндометриоза (WERF) показывают, что в настоящее время эндометриозом болеют более 176 млн женщин в мире в возрасте от 15 до 49 лет (до 10 % женщин репродуктивного возраста), а стоимость лечения, компенсации потери трудоспособности и реабилитации составляют около 76 млрд долларов в год, при этом большая часть средств уходит на компенсацию потери трудоспособности и менее чем в 2 раза — на само медицинское обслуживание. Данное заболевание диагностируется все чаще, его можно отнести к разряду современных эпидемий [1–3].

Основные клинические проявления заболевания — болевой синдром, бесплодие, диспареуния — снижают активность и работоспособность женщин, оказывая влияние на их психоэмоциональное состояние [4–6]. Характер течения заболевания, его степень выраженности, хронизация, а также отношение к лечению в значительной мере связаны с психологическими особенностями пациенток. Согласно данным исследований [7–9], на развитие болевого синдрома влияют высокий уровень тревоги и депрессии, лабильность настроения, ранимость, сензитивность, склонность к ипохондрии и соматизации. Пациентки с выраженным болевым синдромом при эндометриозе испытывают наименьшее удовлетворение в сфере семейных отношений, социального взаимодействия, в отношении собственного положения в обществе, здоровья и трудовой деятельности [4]. Имеются данные, что женщины с бессимптомным эндометриозом не имеют различий по уровню качества жизни, в сравнении с общей популяцией [10]. Помимо этого, отмечают интересный факт, что у женщин с эндометриозом оценка качества жизни

ниже, чем у женщин с аналогичными симптомами, но без данного заболевания [4]. В сфере самоотношения у женщин с эндометриозом наблюдаются конфликт между враждебностью, агрессивностью и стремлением угодить окружающим, негативное самовосприятие и самооценка, нарушение психической целостности, утрата целеполагания и снижение самоконтроля [11].

Изучение психологических аспектов позволит разработать эффективные методы психокоррекции и реабилитации для женщин с эндометриозом.

Целью исследования стало выявление особенностей восприятия болевого синдрома, а также личностных, эмоциональных особенностей и удовлетворенности качеством жизни у женщин с эндометриозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего в исследовании приняли участие 56 испытуемых: 27 женщин с эндометриозом (основная группа) и 29 женщин без гинекологической патологии (группа сравнения).

Критерии включения в основную группу:

- наличие диагноза «Эндометриоз»;
- возраст 20–50 лет;
- болевой синдром.

Критерии исключения:

- возраст младше 20 лет и старше 50 лет;
- отсутствие болевого синдрома;
- наличие психических расстройств.

В *основную группу* (группа 1) вошли 27 женщин с болевым синдромом и диагнозом «Эндометриоз» в возрасте от 22 до 45 лет, которые проходили лечение в гинекологическом отделении клиники акушерства и гинекологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. Диагноз у всех женщин установлен на основании клинко-инструментальных методов и был подтвержден во время проведения лапароскопии и гистологически. Бесплодие (первичное и вторичное) наблюдалось у 18,51 % обследованных

Таблица 1

Сравнение средних значений по методике «Гиссенский личностный опросник» в группах 1 и 2, баллы

Table 1

Comparison of mean values according to the «Giessen test» in groups 1 and 2

Шкала	Группа		Уровень достоверности различий, p
	1 (эндометриоз)	2 (здоровые)	
Социальное одобрение	(28,93±5,59)	(28,83±6,17)	0,950
Доминантность (обратная шкала)	(23,63±4,89)	(21,48±5,11)	0,048*
Контроль	(25,89±3,77)	(25,86±4,11)	0,979
Преобладающее настроение	(30,15±7,29)	(28,93±8,15)	0,400
Открытость	(22,33±5,14)	(20,59±5,66)	0,134
Социальные способности	(17,04±5,12)	(16,52±5,58)	0,575

* здесь и далее – $p \leq 0,05$.

женщин, при этом 29,62 % женщин имели детей. Основным клиническим проявлением при различных локализациях эндометриоза был болевой синдром, который при оценке с помощью визуальной аналоговой шкалы и шкалы оценки боли Мак-Гилла соответствовал умеренной и выраженной степени. Синдром хронической тазовой боли был установлен у 29,62 % пациенток. В браке состояли 11 женщин, в гражданском браке – 13, и 3 женщины не состояли в отношениях. В обследованной группе женщины в основном имели высшее образование – 20 человек, средне-специальное – 6, неоконченное высшее образование – 1 человек. 92,59 % на момент обследования имели трудовую деятельность, в основном в сфере финансов и управления (48 %).

В группу сравнения (группа 2) вошли 29 женщин без диагностированного гинекологического заболевания и не имеющие болевого синдрома в возрасте от 20 до 45 лет. Большая часть женщин не состояли в отношениях на момент обследования (14), замужем были 5 женщин, в граждан-

ском браке – 11. Высшее образование имели 12 женщин, средне-специальное – 6, неоконченное высшее – 11.

Психологические методы исследования включали в себя оценку тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), оценку удовлетворенности качеством жизни (Методика оценки уровня удовлетворенности качеством жизни Н. Е. Водопьяновой); для определения индивидуально-личностных особенностей использовали «Гиссенский личностный опросник», методику «Диагностика межличностных отношений (ДМО)» Л. Н. Собчик, методику «Маскулинность – феминность» С. Бэм.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы «RStudio». При описании полученных данных использованы методы описательной статистики. Оценка достоверности различий проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Для выявления взаимосвязей осуществляли расчет коэффициента корреляции по Пирсону.

Таблица 2

Сравнение средних значений по методике ДМО Л. Н. Собчик в группах 1 и 2, баллы

Table 2

Comparison of mean values according to the test of L. N. Sobchik «Diagnosis of interpersonal relationships» in groups 1 and 2

Шкала	Группа		Уровень достоверности различий, p
	1 (эндометриоз)	2 (здоровые)	
Властно-лидирующий	(7,22±3,13)	(6,97±3,81)	0,784
Независимо-доминирующий	(5,44±2,10)	(4,97±2,46)	0,435
Прямолинейно-агрессивный	(6,30±2,87)	(7,07±3,34)	0,356
Недоверчиво-скептический	(6,33±2,45)	(6,34±3,87)	0,989
Покорно-застенчивый	(7,26±3,86)	(6,28±3,53)	0,271
Зависимо-послушный	(6,26±3,50)	(5,86±3,50)	0,735
Сотрудничающе-конвенциональный	(7,67±3,35)	(7,45±3,79)	0,819
Ответственно-великодушный	(9,67±3,17)	(7,83±4,67)	0,0409*

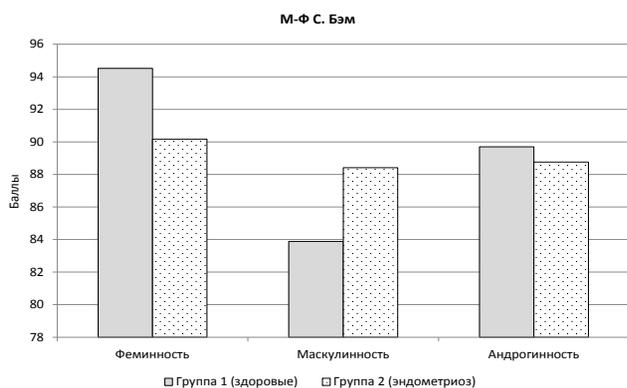


Рис. 1. Исследование поло-ролевого поведения по методике «Ф-М» С. Бэм

Fig. 1. Study of gender-role behavior according to the test «Bem Sex Role Inventory»

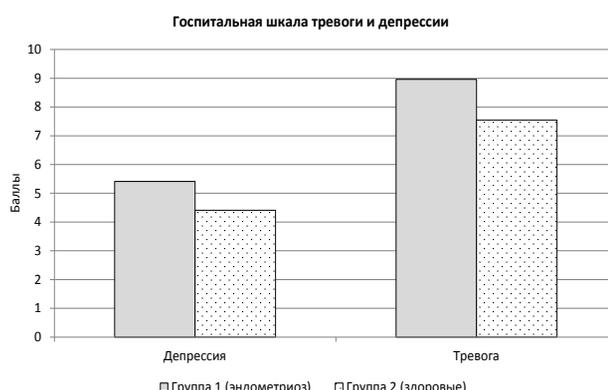


Рис. 2. Оценка эмоционального состояния по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии»

Fig. 2. Assessment of emotional state according to the «Hospital Anxiety and Depression Scale»

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного обследования было выявлено, что женщины с болевой формой эндометриоза в самооценке стиля межличностных отношений и поведения характеризовались преобладанием черт пассивности, зависимости, альтруистичности и ответственности; в восприятии болевого синдрома основной акцент ставился на силе выраженности и аффективной стороне боли, а степень выраженности болевого синдрома была связана с самоотношением и стилем межличностного поведения.

1. *Исследование эмоционально-личностных особенностей и удовлетворенности качеством жизни.*

Статистически достоверно подтверждено, что женщины с болевой формой эндометриоза обладают большей выраженностью черт пассивности,

терпения, зависимостью, склонностью к подчинению, чем женщины без гинекологической патологии (табл. 1).

Женщин с эндометриозом отличала склонность к ответственно-великодушному стилю межличностного поведения, что проявляется выраженной готовностью помогать окружающим, развитым чувством ответственности. Средний показатель в группе 1 соответствовал высокому уровню (до 8 – умеренный, от 9 до 16 – высокий уровень выраженности), что свидетельствует о наличии мягкосердечности, сверхобязательности, гиперсоциальности установок и подчеркнутого альтруизма у женщин с болевой формой эндометриоза (табл. 2).

Как видно из рис. 1, у пациенток с эндометриозом преобладала феминность, т. е. они отмечали у себя такие черты, как пассивность, мягкость, эмоциональность, способность к сочувствию. Группа здоровых женщин более склонна к опи-

Таблица 3

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

Table 3

Comparison of mean values according to the questionnaire of N. E. Vodopyanova «Assessment of the level of satisfaction with the quality of life» in groups 1 and 2

Шкала	Группа		Уровень достоверности различий, p
	1 (эндометриоз)	2 (здоровые)	
Оценки работы	(27,85±6,34)	(25,93±6,20)	0,136
Оценки личных достижений	(27,26±7,21)	(26,48±6,49)	0,675
Оценки здоровья	(22,59±7,62)	(27,14±6,59)	0,021*
Оценки общения с близкими людьми	(27,56±6,69)	(27,76±7,23)	0,914
Оценки поддержки	(24,96±5,63)	(24,72±7,31)	0,891
Оценки оптимистичности	(23,48±4,30)	(23,97±4,53)	0,683
Оценки напряженности	(22,59±5,60)	(25,52±7,92)	0,038*
Оценки самоконтроля	(22,56±4,93)	(22,86±7,68)	0,859
Оценки отсутствия негативных эмоций	(22,04±6,99)	(23,45±7,36)	0,465
Индекс качества жизни	(24,44±4,03)	(25,24±5,43)	0,534

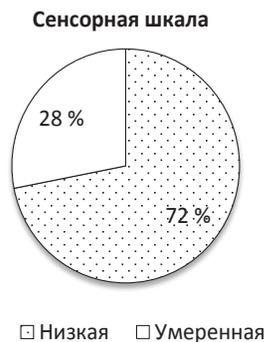


Рис. 3. Сенсорная шкала оценки боли
Fig. 3. Sensory scale of pain assessment

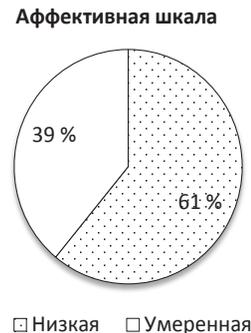


Рис. 4. Аффективная шкала оценки боли
Fig. 4. Affective scale of pain assessment

санию у себя черт маскулинности — агрессивности, жесткости, целеустремленности, самоуверенности, сдержанности. Однако различий на статистически достоверном уровне значимости обнаружено не было.

Согласно полученным данным (табл. 3), на уровне статистической значимости у женщин с болевой формой эндометриоза наблюдалась меньшая удовлетворенность по шкалам оценки здоровья и эмоциональной напряженности. Показатель по шкале здоровья у пациенток с эндометриозом находился в пределах низких значений (до 25 баллов), что может объясняться наличием гинекологического заболевания. Показатель по шкале напряженности находился на границе между низким и средним значениями (до 22 баллов — низкий уровень). При этом показатели средних значений по обеим шкалам в группе здоровых женщин соответствовали среднему уровню (по шкале здоровья — от 26 баллов; по шкале напряженности — от 23 баллов). Индекс качества жизни находился в пределах средних значений (21 — 29 баллов), что говорит об общей удовлетворенности качеством жизни в обеих группах женщин.

Статистически достоверных различий между женщинами с эндометриозом и женщинами без гинекологической патологии по показателям «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» обнаружено не было, однако можно отметить более

высокую степень выраженности тревоги и депрессии у женщин с болевой формой эндометриоза. Средний показатель по шкале тревоги соответствовал субклинически выраженному уровню (8 — 10 баллов). При этом оба средних показателя у женщин без гинекологической патологии находились в пределах нормы.

2. Исследование особенностей восприятия болевого синдрома.

Пациентки с эндометриозом описывали свои болевые ощущения с помощью предложенных в анкете «Болевого опросника Мак-Гилла» характеристик. Они делились на три блока:

- 1) сенсорная шкала (острая, жгучая, ноющая, тупая);
- 2) аффективная шкала (изматывает, вызывает тревогу, приводит в отчаяние);
- 3) эвалюативная шкала (варианты: слабая, умеренная, сильная, сильнейшая, невыносимая).

По результатам исследования, пациентки с эндометриозом в оценке болевых ощущений основной акцент делают на силу болевого синдрома (рис. 3), описывая боль как умеренную, — 11% (6 человек), сильную — 41% (11 человек), сильнейшую — 26% (7 человек), невыносимую — 22% (3 человека), а также они в большей степени акцентируют внимание на эмоциональной стороне боли (рис. 4), чем на физическом аспекте (рис. 5).

По визуальной аналоговой шкале средний показатель у пациенток с эндометриозом составил $(7,06 \pm 1,52)$, что соответствует сильной боли, а общее число употребленных слов в болевом опроснике Мак-Гилла в среднем составило 13 при максимально возможном числе 20 слов.

По результатам корреляционного анализа были получены следующие результаты: на болевые ощущения в большей степени жаловались пациентки с чертами зависимо-послушного, сотрудничающего-конвенционального и ответственно-великодушного стиля поведения (рис. 6).

Для пациенток, обладающих такими личностными чертами, как мягкосердечность, склонность к альтруизму, конформность и гиперсоциальность, зависимость и послушность, была характерна



Рис. 5. Эвалюативная шкала оценки боли
Fig. 5. Evaluative scale of pain assessment

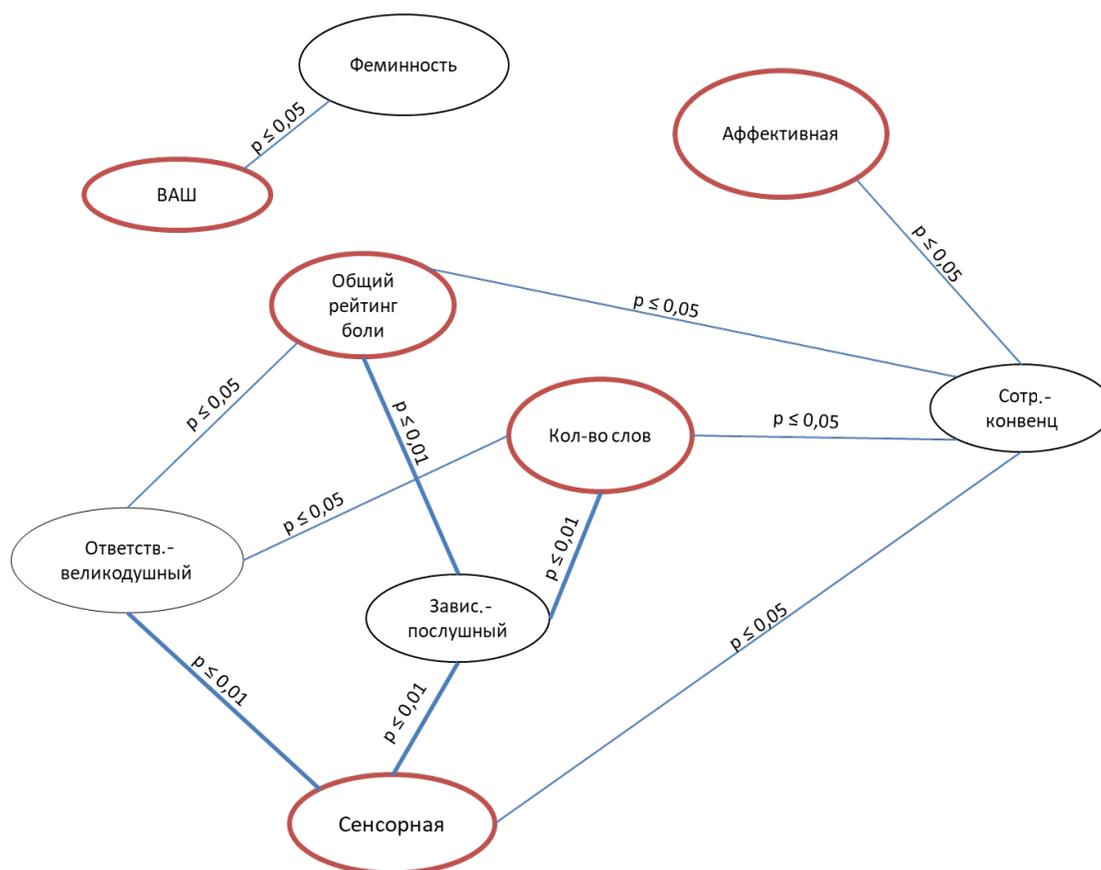


Рис. 6. Корреляционная плеяда показателей шкал личностных особенностей и болевых шкал
 Fig. 6. Correlation pleiade of values of scales of personality traits and pain scales

более высокая выраженность болевого синдрома, при этом бóльший акцент делался на физическом аспекте боли. Для пациенток с такими личностными чертами, как тактичность и дружелюбность, склонность к компромиссам, также была характерна высокая выраженность болевого синдрома, но, помимо физического аспекта, выделялась еще и эмоциональная сторона боли.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенного исследования были сформулированы следующие выводы.

1. В восприятии себя у женщин с эндометриозом преобладает феминный тип поло-ролевого поведения: черты пассивности, терпения, зависимости, повышенной эмоциональности, способности к сочувствию, в отличие от женщин без гинекологической патологии.

2. Женщины с болевой формой эндометриоза отличаются повышенной ответственностью, отказом от собственных потребностей в угоду другим, гиперсоциальностью в межличностных отношениях по сравнению с женщинами без гинекологической патологии.

3. По сравнению со здоровыми женщинами пациентки с эндометриозом испытывают более

выраженную тревогу, которая достигает субклинически выраженного уровня.

4. Качество жизни в сфере своего здоровья, эмоционального и физического комфорта пациентки с эндометриозом субъективно оценивают как более низкое по сравнению с женщинами без гинекологических заболеваний, при этом индекс качества жизни в обеих группах находился в пределах среднего уровня.

5. У пациенток с эндометриозом с ответственно-великодушным и зависимо-послушным стилями поведения в межличностных отношениях восприятие физической боли носило более выраженный характер со слабой эмоциональной реакцией на боль. У пациенток с эндометриозом с сотрудничающе-конвенциональным стилем поведения восприятие физической боли также носило выраженный характер, при этом было еще и эмоционально окрашено.

Проведенное исследование показывает, что женщины с болевой формой эндометриоза имеют отличные от женщин без гинекологической патологии личностные особенности, более низкую удовлетворенность качеством жизни в определенных сферах, а также более выраженную тревогу. Субъективное восприятие болевого синдрома связано с психологическими особенностями женщин с эндометриозом, поэтому в реабилитации данной катего-

рии пациенток важно задействовать специалистов психологического профиля для обучения способам совладания с болью, снятия психоэмоционального напряжения, психокоррекции с целью повышения удовлетворенности качеством жизни и психопрофилактики социальной дезадаптации.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального 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 получение 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. Охупкин М. Б., Заболотнов В. С., Шепелева К. В. Комбинированный подход к лечению больных с тяжелыми формами эндометриозассоциированного бесплодия // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2017. – Т. 17, № 3. – С. 90–96. Doi: <https://doi.org/10.17116/rosakush201717390-96>.
2. Руженков В. А., Швец К. Н. Медико-психологические характеристики и психические расстройства при генитальном эндометриозе (распространенность, клиника и терапия) // Науч. ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. – 2016. – Вып. 35, № 19 (240). – С. 23–29.
3. Даубасова И. Ш. Эндометриоз как частая патология в гинекологии // Вестн. КазНМУ. – 2013. – № 3 (2). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/endometrioz-kak-chastaya-patologiya-v-ginekologii> (дата обращения 21.11.2018).
4. Енькова Е. В. Влияние наружного генитального эндометриоза на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациенток // Мед. совет. – 2015. – № 9. – С. 62–64. Doi: 10.21518/2079-701X-2015-9-62-65.
5. Ефименко Т. О. Структура, характер и интенсивность болевого синдрома при различных формах наружного генитального эндометриоза // Журн. акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65, № 2. – С. 24–30. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-harakter-i-intensivnost-bolevogo-sindroma-pri-razlichnyh-formah-naruzhnogo-genitalnogo-endometrioza> (дата обращения 15.10.2018).
6. Старцева Н. В., Швецов М. В., Беда Ю. В. Современные аспекты болевого синдрома при эндометриозе // Журн. акушерства и женских болезней. – 2002. – № 3. – С. 94–97.
7. Хирургическое лечение синдрома хронических тазовых болей в гинекологической клинике / Г. А. Савицкий, Р. Д. Иванова, И. Ю. Щеглова, П. А. Попов. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 144 с.

8. Fall M., Baranowski A. P., Elneil S. et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain // Eur. Urol. – 2010. – Vol. 57, № 1. – P. 35–48. Doi: 10.1016/j.eururo.2009.08.020.

9. Богатова И. К., Семенова О. К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом // Вестн. новых мед. технологий. – 2008. – Т. 15, № 1. – С. 61–63.

10. Чупрынин В. Д., Языкова О. И., Буралкина Н. А. и др. Качество жизни женщины с инфильтративным эндометриозом // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 5. – С. 49–54. Doi: 10.18565/aig.2016.5.49-54.

11. Кочарян А. С., Макаренко А. А., Дин Шао Цзе. Психологические особенности женщин с гинекологической патологией // Перспективы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 88–92.

REFERENCES

1. Okhapkin M. B., Zabolotnov V. S., Shepeleva K. V. A combined approach to treating patients with severe forms of endometriosis-associated infertility. Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa. 2017;17(3):90–96. (In Russ.). Doi: <https://doi.org/10.17116/rosakush201717390-96>.
2. Ruzhenkov V. A., Shvets K. N. Medico-psychological characteristics and mental disorders in genital endometriosis (the prevalence, clinical features and therapy). Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya: Meditsina. Farmatsiya. 2016;35(19(240)):23–29. (In Russ.).
3. Daubasova I. S. Endometriosis as often pathology in gynecology. KazNMU Bulletin. 2013;(3(2)). (In Russ.). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/endometrioz-kak-chastaya-patologiya-v-ginekologii> (accessed 21.11.2018).
4. Enkova E. V. Impact of external genital endometriosis on the psycho-emotional state and quality of life of patients. Medicinskiy sovet. 2015;(9):62–64. (In Russ.). Doi: 10.21518/2079-701X-2015-9-62-65.
5. Efimenko T. O. The structure, nature and intensity of pain in various forms of external genital endometriosis. J. of Obstetrics and Women's Diseases. 2016;65(2):24–30. (In Russ.). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-harakter-i-intensivnost-bolevogo-sindroma-pri-razlichnyh-formah-naruzhnogo-genitalnogo-endometrioza> (accessed 15.10.2018).
6. Starceva N. V., Shvecov M. V., Beda YU. V. Sovremennye aspekty boleвого sindroma pri ehndometrioze. Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej. 2002;51(3):94–97. (In Russ.).
7. Savitskiy G. A., Ivanova R. D., Shcheglov I. Yu., Popov P. A. Surgical treatment of pelvic pains in the gynecological hospital. SPb, ELBI, 2000:144. (In Russ.).
8. Fall M., Baranowski A. P., Elneil S., Engeler D., Hughes J., Messelink E. J., Oberpenning F., de C Williams A. C.; European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2010 Jan;57(1):35–48. Doi: 10.1016/j.eururo.2009.08.020.
9. Bogatova I. K., Semenova O. K. Psihologicheskie osobennosti zhenshchin s genital'nym endometrioze. Vestnik novyh medicinskih tekhnologij. 2008;15(1):61–63. (In Russ.).
10. Chuprynin V. D., Yazykova O. I., Buralkina N. A., Melnikov M. V., Chursin V. V., Veredchenko A. V., Burykina P. N., Khilkevich E. G., Yarotskaya E. L. Quality of life in women with infiltrating endometriosis. Akusherstvo i ginekologiya. 2016;(5):49–54. (In Russ.). Doi: 10.18565/aig.2016.5.49-54.
11. Kocharyan A. S., Makarenko A. A., Din SHao Cze. Psihologicheskie osobennosti zhenshchin s ginekologicheskoy patologiej. Perspektivy nauki i obrazovaniya. 2015;(5):88–92. (In Russ.).