Российский вестник акушера-гинеколога
2024, Т. 24, №5, с. 83–89
https://doi.org/10.17116/rosakush20242405183

Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist
2024, vol. 24, №5, pp. 83–89
https://doi.org/10.17116/rosakush20242405183

Качество жизни и психосоматический статус женщин репродуктивного возраста с аденомиозом

© М.Э. АЗИЗОВА

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель исследования. Изучение влияния аденомиоза на психосоматический статус женщин репродуктивного возраста.
Материал и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное проспективное обследование 224 пациенток в возрасте от 30 до 50 лет (средний возраст 42,0±1,8 года) с аденомиозом. Эти пациентки составили основную группу исследования. Больные основной группы были разделены на 1-ю и 2-ю группы в зависимости от формы аденомиоза (1-я группа — диффузная форма, 106 женщин; 2-я группа — узловая форма, 118 женщин). Контрольную группу составили 84 относительно здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным овуляторным менструальным циклом и без гинекологических заболеваний в анамнезе. Для оценки психосоматического статуса пациенток с аденомиозом использовалась методика Александровича — вопросник определения невротических расстройств симптоматический (ОНР-Си). Оценка качества жизни женщин репродуктивного возраста с аденомиозом проводилась с использованием вопросника SF-36 или MOS (medical outcome study, Short Form-36).
Результаты. Полученные данные показывают, что в сравниваемых группах пациенток с аденомиозом имеются достоверные различия в психоэмоциональном состоянии. У большинства пациенток с аденомиозом и болевым синдромом в личностной характеристике преобладали такие симптомы, как расстройства сна: у пациенток 1-й группы — 20,22±0,19 балла и у пациенток 2-й группы — 17,29±0,12 балла, аффективная напряженность — соответственно 15,50±0,17 и 13,16±0,11 балла, депрессивные расстройства — соответственно 10,14±0,38 и 8,21±0,28 балла. Несколько реже отмечались такие симптомы, как ананкастические расстройства — соответственно 11,43±0,38 и 9,18±0,32 балла, обсессивные расстройства — соответственно 9,84±0,19 и 7,32±0,03 балла. Показатели реактивной и личностной тревожности у пациенток с аденомиозом, сопровождающимся болевым синдромом, выше чем у больных с аденомиозом без болевого синдрома (в 1,25 и 1,20 раза соответственно; $p<0,001$).
Заключение. Полученные данные показывают, что заболевание аденомиозом влияет на многие аспекты качества жизни больных. У большинства пациенток с болевым синдромом в личностной характеристике преобладают такие симптомы, как тревожно-фобические и депрессивные расстройства, аффективная напряженность, обсессивные и ананкастические расстройства.
Инициативы по изучению качества жизни пациенток с аденомиозом будут способствовать разработке информативных и оперативных мер, которые помогут созданию новых подходов к лечению. Это исследование представляет собой первый шаг в понимании перспектив при лечении пациенток с аденомиозом.

Ключевые слова: *аденомиоз, эндометриоз, психосоматический статус, качество жизни, вопросник, депрессивные расстройства.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:
Азизова М.Э. — https://orcid.org/0009-0006-8567-8954
Автор, ответственный за переписку: Азизова М.Э. — e-mail: med_avtor@mail.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Азизова М.Э. Качество жизни и психосоматический статус женщин репродуктивного возраста с аденомиозом. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2024;24(5):83–89. https://doi.org/10.17116/rosakush20242405183

Quality of life and psychosomatic status of women of reproductive age with adenomyosis

© M.E. AZIZOVA

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Objective. To study the influence of adenomyosis on psychosomatic status of women of reproductive age.
Material and methods. A complex clinical, laboratory and instrumental prospective examination of 224 patients aged 30 to 50 years (mean age 42.0±1.8 years) with adenomyosis was carried out. These patients constituted the main group of the study. The patients of the main group were divided into groups 1 and 2 depending on the form of adenomyosis (group 1 — diffuse form, 106 women; group 2 — nodular form, 118 women). The control group consisted of 84 relatively healthy women of reproductive age with a regular ovulatory menstrual cycle and no history of gynecologic diseases. To assess the psychosomatic status of female patients with adenomyosis, we used the Alexandrovich methodology — the Questionnaire for the Determination of Neurotic Disorders Symptomatic (ONR-Si). The quality of life of women of reproductive age with adenomyosis was assessed using the SF-36 or MOS (medical outcome study, Short Form-36) questionnaire.
Results. The obtained data show that there are significant differences in psycho-emotional state in the compared groups of patients with adenomyosis. In the majority of patients with adenomyosis and pain syndrome such symptoms as sleep disorders prevailed in the personality characteristic: in group 1 — 20.22±0.19 points and in group 2 — 17.29±0.12 points, affective tension — 15.50±0.17 and 13.16±0.11 points respectively, depressive disorders — 10.14±0.38 and 8.21±0.28 points respectively. Such symptoms as

anancastic disorders — 11.43±0.38 and 9.18±0.32 points respectively, obsessive disorders — 9.84±0.19 and 7.32±0.03 points respectively were slightly less frequently noted. Reactive and personality anxiety scores in patients with adenomyosis accompanied by pain syndrome are higher than in patients with adenomyosis without pain syndrome (1.25 and 1.20 times, respectively; $p<0.001$). **Conclusion.** The obtained data show that adenomyosis disease affects many aspects of patients' quality of life. In the majority of patients with pain syndrome, such symptoms as anxiety-phobic and depressive disorders, affective tension, obsessive and anankastic disorders predominate in the personality characteristic. Initiatives to study the quality of life of patients with adenomyosis will contribute to the development of informative and operational measures that will help create new treatment approaches. This study represents the first step in understanding perspectives in the treatment of patients with adenomyosis.

Keywords: *adenomyosis, endometriosis, psychosomatic status, quality of life, questionnaire, depressive disorders.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:
Azizova M.E. — https://orcid.org/0009-0006-8567-8954
Corresponding author: Azizova M.E. — e–mail: med_avtor@mail.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Azizova ME. Quality of life and psychosomatic status of women of reproductive age with adenomyosis. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2024;24(5):83–89. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/rosakush20242405183

Введение

Аденомиоз (внутренний эндометриоз) является распространенным заболеванием матки, характеризующимся наличием аномально обнаруживаемых в миометрии эпителиальных клеток эндометрия и стромальных фибробластов, где они вызывают гиперплазию и гипертрофию окружающих гладкомышечных клеток. Хирургическое удаление матки, оправданное серьезными медицинскими показаниями или тяжелыми симптомами, включая обильные менструальные кровотечения и боли в области таза, указывает на то, что аденомиоз оказывает существенное влияние на качество жизни женщин [1—4]. Вопрос качества жизни женщин репродуктивного возраста имеет большое научное и практическое значение. Качество жизни, связанное со здоровьем, представляет собой многомерное понятие, охватывающее физические, психоэмоциональные и социальные аспекты, связанные с конкретным заболеванием или его лечением [5—7]. У пациенток с аденомиозом, проходящих консервативное лечение, ряд постоянных или повторяющихся симптомов, таких как дисменорея и менорргия, обычно оказывают продолжительное неблагоприятное воздействие на их физическое и психическое здоровье и качество жизни. По сравнению с пациентками с миомой матки пациентки с аденомиозом чаще имеют в анамнезе депрессию (до 57,1%), а также чаще используют антидепрессанты [8, 9].

Эндометриоз в настоящее время является вторым по распространенности гинекологическим заболеванием и сопровождается сильными болями, вегетативными нарушениями и бесплодием. Помимо этого существуют серьезные психологические симптомы, которые ограничивают качество жизни пострадавших. Аденомиоз часто сочетается с наружным эндометриозом и является аналогичным заболеванием [10, 11]. Оба эти заболевания могут создавать существенное психосоматическое и социальное бремя, что требует дополнительных исследований, чтобы понять взаимозависимость различных факторов, участвующих в хроническом их развитии. N. Di Donato и соавт. [12] показали распространенность аденомиоза у 21,8% женщин, перенесших операцию по поводу эндометриоза. Они также показали связь повторных родов, увеличения возраста, интенсивности дисменореи с наличием глубокого инфильтративного эндометриоза. Помимо соматических симптомов пациентки с аденомиозом часто испытывают повышенную тревожность, более высокий уровень воспринимаемого стресса, а также различные виды боли, и все это влияет на их социальную жизнь [1, 13—15]. На качество жизни многих пациенток с аденомиозом и наружным эндометриозом влияют боль, эмоциональное воздействие недостаточной фертильности, гнев по поводу рецидива заболевания и неуверенность в будущем в отношении повторных операций или долгосрочной медикаментозной терапии [16, 17]. Исследование, проведенное K. Noaham и соавт. [18], выявило ухудшение качества жизни и производительности труда, связанных со здоровьем, в разных странах и этнических группах, когда женщины продолжают сталкиваться с трудностями при постановке диагноза.

Бесплодие/субфертильность и опасения по поводу потенциального бесплодия также могут привести к беспокойству, депрессии и чувству неполноценности. Это, а также то, что у пациенток с аденомиозом наблюдается высокая распространенность психоэмоциональных нарушений, позволяют предположить, что аденомиоз не является исключительно гинекологическим заболеванием [19]. Кроме того, снижение качества жизни женщин репродуктивного возраста может существенно повлиять на личные и профессиональные отношения, социальные контакты, сексуальность, планирование семьи при наличии бесплодия или психоэмоциональное благополучие [20].

По данным Всемирной организации здравоохранения, качество жизни — это восприятие человеком своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которой он живет, а также в отношении его целей, ожиданий, стандартов и забот. В связи с этим данное исследование направлено на изучение того, как аденомиоз влияет на качество жизни женщин и какие области страдают больше всего.

Цель исследования — изучение влияния аденомиоза на качество жизни и психосоматический статус женщин репродуктивного возраста.

***Таблица 1*. Возрастные особенности обследованных пациенток**

***Table 1.* Age features of the examined female patients**

Группа	Возраст, годы						χ^2_{1-2}	*p*
	30—35		36—40		41—50			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
1-я, *n*=106	28	26,4±4,3	45	42,5±4,8	33	31,1±4,5	0,01	0,9055
2-я, *n*=118	32	27,1±4,1	47	39,8±4,5	39	33,1±4,3	0,58	0,4481
Всего, *n*=224	60	26,8±2,9	92	41,1±3,3	72	32,1±3,1	—	—
Контрольная, n=84	21	25,0±4,7	37	44,0±5,4	26	31,0±5,0	2,92	0,0874

Материал и методы

Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное проспективное обследование 224 пациенток в возрасте от 30 до 50 лет (средний возраст 42,0±1,8 года) с аденомиозом. Эти пациентки составили основную группу обследования. Больные основной группы были разделены на 1-ю и 2-ю группы в зависимости от формы аденомиоза (1-я группа — диффузная форма, 106 пациенток; 2-я группа — узловая форма, 118 пациенток). Контрольную группу составили 84 женщины относительно здоровых репродуктивного возраста с регулярным овуляторным менструальным циклом и без гинекологических заболеваний в анамнезе.

Критерии включения в исследование: диагноз аденомиоз; возраст от 30 до 50 лет; получение письменного согласия пациенток на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: обнаружение злокачественного патологического процесса в органах репродуктивной системы или другой локализации; наличие гормонсинтезирующих опухолей яичников; беременность и лактация; возраст моложе 30 и старше 50 лет; отказ от участия в исследовании.

Клиническая характеристика обследованных женщин основывалась на изучении жалоб, акушерско-гинекологического и соматического анамнеза. У всех пациенток были изучены данные общего и гинекологического анамнеза, особенности менструальной функции. Большое внимание уделяли отягощенному акушерско-гинекологическому анамнезу: перенесенным воспалительным заболеваниям половых органов, самопроизвольным абортам, преждевременным родам, антенатальной гибели плода, осложненному течению беременности. Для оценки психосоматического статуса пациенток с аденомиозом нами использовалась методика Александровича — вопросник определения невротических расстройств симптоматический (ОНР-Си). Данный вопросник позволяет провести количественное определение (в баллах) степени выраженности невротических синдромов у пациенток. Методика включает 138 жалоб невротического характера, выраженность и наличие которых оценивала у себя анкетируемая.

Обработка результатов тестирования:

«Не было такого» — 0 баллов.

«Было, но лишь незначительно тяготило» — 4 балла.

«Было средней тяжести» — 5 баллов.

«Было и очень тяготило» — 7 баллов.

Подсчитывается сумма баллов по отдельным подшкалам (I—XIII) и общая сумма баллов (суммирование показателей всех подшкал I—XIII).

Оценка качества жизни женщин репродуктивного возраста с аденомиозом проводилось с использованием общего вопросника SF-36 (или MOS — medical outcome study, Short Form-36). SF-36 включает одну многопунктовую шкалу, которая оценивает 8 концепций здоровья: 1) физическая активность (ФА); 2) роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ); 3) телесная боль (ТБ); 4) общее здоровье (ОЗ); 5) жизнеспособность (ЖС); 6) социальная активность (СА); 7) роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ); 8) психическое здоровье (ПЗ).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью анализа результатов по программам электронных таблиц Microsoft Excel, сформированных в соответствии с задачами проводимых исследований.

Результаты и обсуждение

Установлено, что самую большую группу составляли пациентки в возрасте 36—40 лет: в основной группе — 92 (41,1±3,3%) пациентки, а в контрольной группе — 37 (44,0±5,4%) женщин. Возрастные характеристики пациенток представлены в **табл. 1**.

Всего 152 (67,9±3,1%) пациентки основной группы были репродуктивного возраста, а 72 (32,1±3,1%) — перименопаузального возраста. Полученные данные согласуются с результатами работ ряда авторов, опубликованными ранее [10, 12, 14].

Хотя ранее аденомиоз считался заболеванием повторнородящих женщин, становится все более очевидным, что он также поражает более молодых нерожавших женщин и может поставить под угрозу их фертильность.

Изучение менструального анамнеза в обследуемых группах определяет возможную разницу между группами по продолжительности менструаций и менструального цикла (МЦ). Относительное значение возраста первой менструации в развитии гиперпластических процессов в эндометрии не находилось на статистически значимом уровне, поскольку нижняя граница 95% доверительного интервала была менее 1 **(табл. 2)**.

Продолжительность менструации у пациенток 1-й группы с диффузным аденомиозом составила 5,974±2,168 дня, у пациенток 2-й группы с узловой формой аденомиоза — 5,482±2,326 дня. Продолжительность менструации у пациенток контрольной группы составила 5,147±1,438 дня. Полученные данные отражали значительную разницу по продолжительности менструального цикла ($p<0,05$) между пациентками с аденомиозом и без него, что, несомненно, может служить критерием тяжести аденомиоза и стадии его распространения. Существует несколько путей, по которым более раннее менархе может увеличить риск развития аденомиоза. Это включает повышенное воздействие эстрогенов из-за большей продолжительности циклов ову-

***Таблица 2*. Возраст менархе как фактор относительного риска развития патологии эндометрия у пациенток обследованных групп**

***Table 2.* Age of menarche as a factor of relative risk of endometrial pathology development in patients of the examined groups**

Возраст, годы	1-я группа, *n*=106	2-я группа, *n*=118	Контрольная группа, *n*=84
9	0,76 (0,42—1,4)	—	—
10	0,78 (0,43—1,5)	0,44 (0,18—1,2)	—
11	0,98 (0,45—2,17)	0,57 (0,08—3,96)	—
12	—	0,79 (0,3—1,56)	1,17 (0,23—5,59)
13	—	—	1,77 (0,40—7,76)
14	—	—	2,04 (0,36—11,48)

Примечание. Данные представлены в виде медианы и 95% доверительного интервала.

***Таблица 3*. Длительность заболевания аденомиозом у пациенток обследованных групп**

***Table 3.* Duration of adenomyosis in patients of the examined groups**

Длительность заболевания	1-я группа, *n*=106		2-я группа, *n*=118	
	абс.	%	абс.	%
Обнаружено впервые	9	8,49±2,7	4	3,38±1,8
Менее 5 лет	37	34,91±4,6	61	51,69±4,6
5—10 лет	60	56,60±4,8	53	44,93±4,6

***Таблица 4*. Гинекологические заболевания в анамнезе у пациенток обследованных групп**

***Table 4.* Gynecologic diseases in the history of the patients of the examined groups**

Показатель	1-я группа, *n*=106		2-я группа, *n*=118		Всего, *n*=224		Контрольная группа, *n*=84		χ^2_{1-2}	*p*
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Патология шейки матки	58	54,71±4,8	56	47,45±4,6	114	50,89±3,3	—	—	1,18	0,2779
Миома матки	60	56,60±4,8	53	44,93±4,6	113	50,45±3,4	—	—	3,05	0,0806
ВЗОМТ	47	44,33±4,8	66	55,13±4,6	113	50,45±3,4	6	7,1±2,8	3,00	0,0832
СПЯ	39	36,79±4,6	34	28,81±4,2	73	32,58±3,1	2	2,38	1,62	0,2033
Наружный генитальный эндометриоз	37	34,9±4,6	33	27,9±4,1	70	31,25±3,1	—	—	1,25	0,2632
Бактериальный вагиноз	32	31,94±4,5	32	27,1±4,1	64	28,57±3,0	—	—	0,26	0,6116
Вагинит	28	26,4±4,3	28	23,7±3,9	56	25,27±2,8	—	—	0,21	0,6430
Опухолевидные образования (кисты) яичников	18	16,24±3,6	12	10,16±2,8	30	13,39±2,3	2	2,38	2,23	0,1350
Опущение стенок влагалища и матки	9	8,49±2,7	8	6,78±3,3	17	7,58±1,8	—	—	0,23	0,6293
Хронические воспалительные заболевания придатков матки	14	13,20±3,3	7	5,93±2,1	21	9,37±4,0	—	—	3.48	0,0622
Мочеполовые инфекции	24	22,64±4,1	21	17,79±3,5	45	20,08±2,6	9	10,7±3,4	0,82	0,3662

Примечание. СПЯ — синдром поликистозных яичников; ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза.

ляции в репродуктивном возрасте и большего числа родов из-за снижения возраста начала половой жизни. В то же время раннее менархе может быть маркером более раннего нарушения развития репродуктивной системы, что также увеличивает риск развития аденомиоза, это подтверждают также данные других авторов [6, 8]. Таким образом, связь между возрастом менархе и показаниями к гистерэктомии может снизить чувствительность исследования, ограниченного женщинами, перенесшими гистерэктомию, для выявления связи с аденомиозом.

Длительность заболевания имеет большое значение при проведении исследования той или иной нозологии. С момента постановки диагноза «аденомиоз» прошло от 3 до 8 лет, средний срок диагностики составил 6,2±1,4 года. При этом следует отметить, что, как правило, длительность диагностики увеличивается одновременно с распространенностью аденомиоза. У большинства пациенток с аденомиозом длительность заболевания составила от 5 до 10 лет **(табл. 3)**.

Как оказалось, впервые диагноз был поставлен у 8,49±2,7% женщин 1-й группы и 3,38±1,8% — 2-й группы. В течение 5 лет заболевание наблюдалось у 34,91±4,6% пациенток 1-й группы и у 51,69±4,6% 2-й группы. В течение от 5 до 10 лет заболевание наблюдалось у 56,60±4,8% пациенток 1-й группы и у 44,93±4,6% 2-й группы.

При изучении гинекологической заболеваемости и экстрагенитальной патологии у обследованных пациенток было установлено, что гинекологические заболевания

***Таблица 5*. Психосоматический статус у пациенток обследованных групп, баллы (*M±SD*)**
***Table 5*. Psychosomatic status in patients of the examined groups, scores (*M±SD*)**

Невротическое расстройство	Болевой синдром			
	1-я группа, *n*=106		2-я группа, *n*=118	
	есть, *n*=74	нет, *n*=32	есть, *n*=82	нет, *n*=36
Тревожно-фобические расстройства	10,03±0,32**	8,22±0,27	9,14±0,32**	6,28±0,02
Депрессивные расстройства	9,26±0,16**	7,54±0,18	8,21±0,28**	5,75±0,02
Аффективная напряженность	16,18±0,21**	9,67±0,32	13,16±0,11**	7,24±0,03
Расстройства сна	19,18±0,27**	7,09±0,8	17,29±0,12**	6,02±0,03
Аффективная лабильность	2,49±0,03	2,14±0,06	2,04±0,01	1,53±0,01
Астенические расстройства	6,38±0,23**	3,98±0,11	5,26±0,02**	2,46±0,02
Сексуальные расстройства	10,25±0,29**	5,75±0,21	7,35±0,03**	5,48±0,02
Дереализационные-деперсонализационные расстройства	2,87±0,21*	2,40±0,11	1,84±0,02*	1,41±0,02
Обсессивные расстройства	10,56±0,23**	7,34±0,20	7,32±0,03**	5,18±0,02
Нарушения социальных контактов	7,34±0,13**	4,41±0,09	5,27±0,02**	3,27±0,01
Ипохондрические расстройства	4,28±0,22*	3,27±0,23	2,16±0,01*	1,25±0,01
Ананкастические расстройства	12,25±0,29**	8,62±0,47	9,18±0,32**	6,29±0,03
Соматовегетативные расстройства	2,98±0,21*	2,07±0,21	2,08±0,02*	1,75±0,01

Примечание. Различия показателей пациенток 1-й и 2-й групп с болевым синдромом и без него статистически значимы: * — $p<0,05$; ** — $p<0,001$.

***Таблица 6*. Показатели качества жизни пациенток обследованных групп на основе самооценки (вопросник SF-36), баллы**
***Table 6*. Self-assessed quality of life indicators (SF-36 questionnaire), scores**

Показатель	1-я группа, *n*=106	2-я группа, *n*=118	*p*
ФА	68,5 (63,2—73,8)	47,0 (39,2—54,9)	<0,05
РФ	70,6 (65,9—75,3)	53,3 (41,8—64,7)	<0,05
ТБ	64,9 (57,2—72,6)	51,4 (42,4—60,3)	<0,05
ОЗ	55,5 (61,2— 69,7)	48,4 (40,5—56,2)	<0,05
ЖС	61,4 (52,7—70,1)	53,8 (44,8—62,7)	<0,05
СА	68,9 (63,9—73,9)	54,4 (43,6—65,1)	<0,05
РЭ	65,3 (54,2—76,4)	56,0 (44,2—67,8)	<0,05
ПЗ	70,4 (59,8—81,1)	64,4 (58,1—70,6)	<0,05

Примечание. Данные представлены в виде медианы и 95% доверительного интервала. ФА — физическая активность; РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; ТБ — телесная боль; ОЗ — общее здоровье; ЖС — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье.

в анамнезе наблюдались у всех обследованных пациенток с различными формами аденомиоза. Распределение по нозологическим формам гинекологических заболеваний представлено в **табл. 4**.

Приведенные данные показывают, что у больных с различными формами заболевания аденомиозом наиболее часто встречались патология шейки матки (114 женщин, 50,89±3,3%), миома матки (113 женщин, 50,45±3,4%) и ВЗОМТ (113 женщин, 50,45±3,4%). Эти заболевания имелись практически у каждой второй пациентки. Соответственно по группам отмечалось следующее: у пациенток с диффузной формой аденомиоза патология шейки матки имелась в среднем у 54,71±4,8% пациенток. Миома матки и воспалительные заболевания органов малого таза наблюдались соответственно у 56,60±4,8 и 44,33±4,8% пациенток 1-й группы. У пациенток с узловой формой аденомиоза патология шейки матки отмечалась в среднем у 47,45±4,6% пациенток. Миома матки и ВЗОМТ были установлены соответственно у 44,93±4,6 и 55,13±4,6% пациенток. Синдром поликистозных яичников был выявлен у 32,58±3,1% пациенток 1-й и 2-й групп. Симптомы СПЯ чаще наблюдались у пациенток с патологическими процессами в эндометрии. Несколько реже отмечался наружный генитальный эндометриоз — у 31,25±3,1% пациенток (70 наблюдений). Кроме того, у пациенток были выявлены бактериальный вагиноз (28,57±3,0%, 64 пациентки) и вагинит (25,27±2,8%, 56 пациенток). Несколько реже отмечались опухолевидные образования (кисты) яичников (13,39±2,3%, 30 пациенток) и мочеполовые инфекции (20,08±2,6%, 45 пациенток). Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), встречались в анамнезе примерно в равном числе наблюдений во всех обследуемых группах. В контрольной группе отмечались следующие заболевания: ВЗОМТ — у 7,1±2,8%, СПЯ — у 2,38%, опухолевидные образования (кисты) яичников — у 2,38%, мочеполовые инфекции — у 10,7±3,4%. Установлено также, что у большинства пациенток диагностировали 2 различных заболевания и более, в основном сочетались дисгормональные патологии, что совпадает с мнением большинства ученых об этиопатогенезе патологических состояний эндометрия [5—7].

Полученные данные показали, что ранняя диагностика и адекватное комплексное лечение при аденомиозе имеют

большое значение. Нам удалось показать различные аспекты этого заболевания и то, как оно влияет на благополучие и качество жизни, связанные со здоровьем, характерным для таких пациенток, подтверждающиеся данными других авторов [8, 9]. В частности, в дополнение к медицинской помощи необходима психотерапия для снижения стресса и поддержания здорового образа жизни.

Для оценки психосоматического статуса пациенток с аденомиозом нами использовалась методика Александровича — вопросник определения невротических расстройств симптоматический (ОНР-Си). Жалобы больных в вопроснике сгруппированы по 13 формам невротических расстройств **(табл. 5)**.

Представленные в **табл. 5** данные указывают, что в сравниваемых группах пациенток с аденомиозом имеются статистически значимые различия в психоэмоциональном состоянии, упоминаемые в публикациях некоторых авторов [11, 12]. Как оказалось, у большинства пациенток с аденомиозом и болевым синдромом в личностной характеристике наиболее часто встречались такие симптомы, как расстройства сна у пациенток 1-й группы — 19,18±0,27 и 17,29±0,12 балла у пациенток 2-й группы, аффективная напряженность — соответственно 16,18±0,21 и 13,16±0,11 балла, депрессивные расстройства соответственно — 9,26±0,16 и 8,21±0,28 балла. Несколько реже отмечались такие симптомы, как ананкастические расстройства — соответственно 12,25±0,29 и 9,18±0,32 балла, обсессивные расстройства — соответственно 10,56±0,23 и 7,32±0,03 балла. Значения характеристик для реактивной и личностной тревожности у женщин репродуктивного возраста с аденомиозом с болевым синдромом оказались значительно выше, чем у женщин с аденомиозом без болевого синдрома (соответственно в 1,5 и 1,18 раза; $p<0,001$).

Проведенный анализ критериев качества жизни в различных возрастных группах на основе самооценки выявил статистически значимые различия в показателях, отражающих как физическое, так и психосоциальное функционирование **(табл. 6)**. Сравнение проводилось по группам пациенток.

Наши данные согласуются с ранее полученными результатами исследований женской репродуктивной системы зарубежных авторов, показавших, что если нижняя граница 95% доверительного интервала выше 1, то это свидетельствует о статистической значимости наличия негативного влияния аденомиоза на качество жизни женщин репродуктивного возраста [9—11].

Таким образом, впервые в г. Баку с помощью специального вопросника SF-36 определен низкий уровень качества жизни у женщин репродуктивного возраста с аденомиозом. Качество жизни или, в частности, качество жизни, связанное со здоровьем, определялось как восприятие пациентками с аденомиозом своего физического, психического и социального здоровья, на которое влияли диагностика, лечение, пост-лечение и выживаемость, оцениваемые с использованием специального вопросника SF-36. Предложения по изучению качества жизни женщин с аденомиозом будут способствовать разработке информативных и оперативных мер, которые помогут охарактеризовать новые подходы к лечению этого заболевания. Проведенное исследование представляет собой первый шаг в понимании новых перспектив при лечении женщин с аденомиозом.

Заключение

При изучении результатов анализа гинекологической заболеваемости и экстрагенитальной патологии у обследованных пациенток установлено, что гинекологические заболевания в анамнезе наблюдались у всех обследованных женщин с различными формами аденомиоза.

Полученные данные показывают, что аденомиоз негативно влияет на различные аспекты качества жизни пациенток репродуктивного возраста. У большинства пациенток с болевым синдромом в личностной характеристике преобладают такие симптомы, как тревожно-фобические и депрессивные расстройства, аффективная напряженность, обсессивные и ананкастические расстройства.

Применение на практике полученных результатов могло бы помочь уменьшить негативное психоэмоциональное воздействие аденомиоза. Необходимы дальнейшие научные исследования, направленные на повышение эффективности лечения женщин с этим заболеванием.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Author declares lack of the conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aarestrup J, Jensen BW, Ulrich LG, Hartwell D, Trabert B, Baker JL. Birth weight, childhood body mass index and height and risks of endometriosis and adenomyosis. *Ann Hum Biol*. 2020;47:2:173-180. https://doi.org/10.1080/03014460.2020.1727011
2. Alcald AM, Martínez-Zamora MÁ, Gracia M, Ros C, Rius M, Carmona F. Assessment of quality of sexual life in women with adenomyosis. *J Women's Health*. 2021;61:520-526.
3. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, Singh SS, Taylor HS. Clinical diagnosis of endometriosis: A call to action. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220:e1—e354.
4. Bień A, Rzońca E, Zarajczyk M, Wilkosz, K, Wdowiak A, Iwanowicz-Palus G. Quality of life in women with endometriosis: A cross-sectional survey. *Qual Life Res*. 2020;29:2669-2677.
5. Marinho MCP, Magalhaes TF, Fernandes LFC, Augusto KL, Brilhante AVM, Bezerra LR. Quality of Life in Women with Endometriosis: An Integrative review. *J Women's Health*. 2018;27:399-408.
6. Mauricio S, Abrão & Joao Siufi Neto. The modern woman disease: endometriosis and its different faces. *Women Health*. 2023;63:4:241-242. https://doi.org/10.1080/03630242.2023.2190447
7. Muraham R, Amalia T, Pratama G, Harzif AK, Agianandа F, Faidarti M. Chronic pelvic pain in women with endometriosis is associated with psychiatric disorder and quality of life deterioration. *Int J Women's Health*. 2022;4:131-138.
8. Ajao MO, Oliveira Brito LG, Wang KC, Cox MKB, Meurs E, Goggins ER, Gu X, Vitonis AF, Einarsson JI, Cohen SL. Persistence of symptoms after total vs supracervical hysterectomy in women with

histopathological diagnosis of adenomyosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26:5:891-896.
https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.09.002

9. Artymuk N, Zotova O, Gulyaeva L. Adenomyosis: genetics of estrogen metabolism. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2019;37:2.
https://doi.org/10.1515/hmbci-2018-0069
10. Harada T, Khine YM, Kaponis A, Nikellis T, Decavalas G, Taniguchi F. The Impact of adenomyosis on women's fertility. *Obstet Gynecol Surv*. 2016;71:9:557-568.
https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000346
11. Hashimoto A, Iriyama T, Sayama S, Nakayama T, Komatsu A, Miyauchi A, Nishii O, Nagamatsu T, Osuga Y, Fujii T. Adenomyosis and adverse perinatal outcomes: increased risk of second trimester miscarriage, preeclampsia, and placental malposition. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31:3:364-369.
https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1285895
12. Di Donato N, Montanari G, Benfenati A, Leonardi D, Bertoldo V, Monti G, Raimondo D, Seracchioli R. Prevalence of adenomyosis in women undergoing surgery for endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;181:289-293.
https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.08.016
13. Horton J, Sterrenburg M, Lane S, Maheshwari A, Li TC, Cheong Y. Reproductive, obstetric, and perinatal outcomes of women with adenomyosis and endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2019;25:5:592-632.
https://doi.org/10.1093/humupd/dmz012
14. Magalov I., Poluxova A., Aliyeva A. Laparoscopic approach for surgical correction of obstetric complications in postpartum. Abstracts of the 26th Annual Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) 18th — 21st October 2017, Turkey. 26-39.
15. Khalifa MA, Atri M, Klein ME, Ghatak S, Murugan P. Adenomyosis As a Confounder to Accurate Endometrial Cancer Staging. *Semin Ultrasound CT MR*. 2019;40:4:358-363.
https://doi.org/10.1053/j.sult.2019.04.004
16. Sullivan-Myers C, Sherman KA, Beath AP, Duckworth TJ, Cooper MJW. Delineating sociodemographic, medical and quality of life factors associated with psychological distress in individuals with endometriosis. *Hum Reprod*. 2021;36;2170-2180.
17. Szubert M, Koziróg E, Olszak O, Krygier-Kurz K, Kazmierczak J, Wilczynski J. Adenomyosis and Infertility-Review of Medical and Surgical Approaches. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:3:1235.
https://doi.org/10.3390/ijerph18031235
18. Noaham KE, Webster P, Kumbang J, Kennedy S, Zondervan KT. Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Fertil Steril*. 2012;98:3:702-712 e706.
19. Yela DA, Quagliato IP, Benetti-Pinto CL. Quality of life in women with deep endometriosis: A Cross-sectional study. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2020;42:90-95.
20. Tellum T, Nygaard S, Skovholt EK, Kvigstad E, Lieng M. Development of a clinical prediction model for the diagnosis of adenomyosis. *Fertil Steril*. 2018;110:957-964.e3.
https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.009

Поступила 14.04.2024
Received 14.04.2024
Принята к печати 04.06.2024
Accepted 04.06.2024