

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Елена Валерьевна Игенбаева\*, Татьяна Васильевна Узлова, Евгений Леонидович Куренков

Южноуральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия

Поступила 11.08.2017; принята в печать 18.09.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-910

**Цель.** Изучить распространённость тревоги и депрессии у пациенток с наружным генитальным эндометриозом и другой гинекологической патологией.

**Методы.** В исследовании принимали участие 152 женщины. Основную группу составили 100 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, диагностированным лапароскопически и подтверждённым гистологически. В группу сравнения включены 52 женщины с другой гинекологической патологией (бесплодие, миома матки, доброкачественные опухоли яичников). Критерии исключения: онкологическая, острая гинекологическая и соматическая патология. Для выявления распространённости тревоги и депрессии в группах использовали опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии».

**Результаты.** В группе женщин с эндометриозом синдром тревоги имели 33 (33%) человека, синдром депрессии — 9 (9%). В группе сравнения ( $N_2=52$ ) синдром тревоги выявлен у 18 (34,6%) женщин, синдром депрессии — у 3 (5,8%;  $p > 0,05$ ). Для изучения особенностей тревоги и депрессии у пациенток с различными клиническими проявлениями эндометриоза сравнивали женщин с бессимптомным течением болезни ( $n_1=26$ ), бесплодием ( $n_2=29$ ) и наличием болевого синдрома ( $n_3=43$ ). Анализ результатов показал, что достоверно чаще тревога и депрессия встречались у пациенток с болевым синдромом. Количество женщин с тревогой в группе  $n_3$  составило 22 (51,2%) человека, в группе  $n_2$  — 6 (20,7%), в группе  $n_1$  — 2 (7,8%) человека. Количество женщин с депрессией в группе  $n_3$  составило 8 (18,6%) человек, в группе  $n_2$  — 1 (3,4%), в группе  $n_1$  женщин с депрессией не было.

**Вывод.** Проведённое исследование показало отсутствие статистически значимых различий распространённости тревоги и депрессии среди пациенток с наружным генитальным эндометриозом и другой гинекологической патологией; тревога и депрессия наиболее часто присутствуют при наличии болевого синдрома.

**Ключевые слова:** тревога, депрессия, эндометриоз.

### ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS OF PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

E.V. Igenbaeva, T.V. Uzlova, E.L. Kurenkov

South-Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

**Aim.** To study the prevalence of anxiety and depression in patients with external genital endometriosis and other gynecologic pathology.

**Methods.** The study involved 152 women. The main group consisted of 100 patients with external genital endometriosis diagnosed by laparoscopy and histologically confirmed. The comparison group included 52 women with other gynecologic pathology (infertility, hysteromyoma, ovarian benign tumours). Exclusion criteria were oncology, acute gynecologic and somatic pathology. To determine the prevalence of anxiety and depression in the groups, the hospital anxiety and depression scale was used.

**Results.** In the group of females with endometriosis 33 (33%) patients had anxiety and 9 (9%) patients — depression. In the comparison group ( $N_2=52$ ), anxiety disorder was revealed in 18 (34.6%) women, and depression — in three patients (5.8%;  $p > 0.05$ ). To study the features of anxiety and depression in patients with different clinical presentation of endometriosis, females with asymptomatic disease ( $n_1=26$ ), infertility ( $n_2=29$ ) and pain syndrome ( $n_3=43$ ) were compared. Analysis of the results demonstrated that significantly more frequently anxiety and depression developed in patients with pain syndrome. The number of women suffering from anxiety in group  $n_3$  was 22 (51.2%), in group  $n_2$  — 6 (20.7%) and in group  $n_1$  — 2 (7.8%). The number of women with depression in group  $n_3$  was 8 (18.6%), in group  $n_2$  — 1 (3.4%) and in group  $n_1$  there were no women with depression.

**Conclusion.** The conducted study showed no significant differences in the prevalence of anxiety and depression among patients with external genital endometriosis and other gynecologic pathology; anxiety and depression develop more frequently in the presence of pain syndrome.

**Keywords:** anxiety, depression, endometriosis.

Эндометриоз — это болезнь-загадка. Несмотря на то обстоятельство, что это заболевание изучают уже второе столетие, оно по-прежнему таит в себе множество вопросов. Недостаточно сведений о происхождении данной патологии, нет возможности предсказать «поведение» болезни у каждой пациентки и определить сроки её манифестации [1–5].

Согласно статистическим данным, эндометриоз поражает больше 10% женщин в репродуктивном возрасте и выявляется у 50% женщин с бесплодием. [1–3, 6].

Основные клинические проявления эндометриоза — нарушение менструального цикла, хроническая тазовая боль, дисменорея, диспареуния и бесплодие [1–3, 7]. Однако у значительной части женщин на начальных стадиях болезнь протекает бессимптомно [2, 4].

В настоящее время замечено, что женщины с эндометриозом имеют тревожно-депрессивные и другие психические расстройства [8]. Однако до сих пор неясно, тревожно-депрессивное состояние — особенность пациенток с данной патологией или следствие клинических симптомов, таких как хроническая тазовая боль [9].

Цель исследования — изучить распространённость тревоги и депрессии у пациенток с наружным генитальным эндометриозом и другой гинекологической патологией.

В исследовании принимали участие 152 женщины репродуктивного возраста, прошедшие плановое хирургическое лечение лапароскопическим доступом в гинекологическом отделении клиники ФГБОУ ВО «Южноуральский государственный медицинский университет». Все пациентки дали добровольное информированное согласие для участия в данном исследовании. Основную группу составили 100 пациенток ( $N_1$ ) с наружным генитальным эндометриозом, диагностированным лапароскопически и подтверждённым гистологически. В группу сравнения включены 52 женщины ( $N_2$ ) с другой гинекологической патологией (такой, как бесплодие, миома матки, доброкачественные опухоли яичников). Критерии исключения: онкологическая, острая гинекологическая и соматическая патология.

Для выявления тревоги и депрессии у пациенток использовали опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии». Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» (нечётные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11 и 13) и «депрессия» (чётные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12 и 14). Каждому утверждению соответствовало 4 варианта ответа, отражающих градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома: от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяли три области значений:

– 0–7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

– 8–10 — субклинически выраженная тревога/депрессия;

– 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Анкетирование женщин проводили до операции.

Статистическая обработка полученных данных выполнена при помощи программы SPSS Statistics. Для оценки значимости различий использован критерий  $\chi^2$  Пирсона.

Женщины контрольной и исследуемой групп не имели различий по социальному статусу. Средний возраст пациенток в основной группе ( $N_1=100$ ) составил  $31,9 \pm 4,6$  года, в контрольной группе —  $33,9 \pm 5,9$  года.

На основании клинических симптомов эндометриоза женщины в основной группе были распределены на четыре подгруппы. В первую вошли пациентки с бессимптомным течением заболевания ( $n_1=26$ ). Вторую подгруппу ( $n_2=29$ ) представили женщины, обратившиеся по поводу бесплодия. В третью подгруппу ( $n_3=43$ ) были включены пациентки с болевым синдромом, который проявлялся в виде альгодисменореи, диспареунии, хронической тазовой боли. В четвертой подгруппе ( $n_4=2$ ) оказались 2 пациентки, которые отмечали нарушение менструального цикла (мажущие кровянистые выделения вне менструации). В дальнейшем данная подгруппа была исключена из статистической обработки в связи с малочисленностью.

Результаты исследования показали, что в группе женщин с эндометриозом ( $N_1=100$ ) субклинически выраженную тревогу имели 15 пациенток, клинически выраженную тревогу — 18, то есть общее количество пациенток с синдромом тревоги в данной группе составило 33 (33%). В группе сравнения ( $N_2=52$ ) соответственно субклинически выраженную тревогу имели 8 пациенток, клинически выраженную тревогу — 10, общее количество пациенток с синдромом тревоги в данной группе составило 18 (34,6%) человек. Статистическая обработка данных показала отсутствие различий распространённости тревоги в сравниваемых группах ( $p=0,770$ ).

Данные анкетирования по депрессии показали, что в основной группе ( $N_1=100$ ) было выявлено наличие субклинически выраженной депрессии у 8 пациенток, клинически выраженной депрессии — у 1, общее количество пациенток с депрессией в данной группе составило 9 (9%) человек. В группе сравнения ( $N_2=52$ ) субклинически выраженную депрессию выявили у 1 женщины, клинически выраженную депрессию — у 2, общее количество пациенток с депрессией в данной группе составило 3 (5,8%) человека. Статистическая обработка данных показала отсутствие достовер-

Распространённость тревоги и депрессии у пациенток с наружным генитальным эндометриозом в зависимости от клинических симптомов

| Показатели   | Группы   |   |  |
|--|--|---|--|
|  | Женщины с бессимптомным течением эндометриоза (n <sub>1</sub> =26) | Женщины с бесплодием (n <sub>2</sub> =29) | Женщины с болезненным синдромом (n <sub>3</sub> =43) |
| Общее количество пациенток с тревогой                      | 2 (7,8%)*  | 6 (20,7%)*                                | 22 (51,2%)*  |
| Количество пациенток с субклинически выраженной тревогой   | 1  | 4   | 8  |
| Количество пациенток с клинически выраженной тревогой      | 1  | 2   | 14   |
| Общее количество пациенток с депрессией                    | 0 (0%)*  | 1 (3,4%)*                                 | 8 (18,6%)*   |
| Количество пациенток с субклинически выраженной депрессией | 0  | 0   | 8  |
| Количество пациенток с клинически выраженной депрессией    | 0  | 1   | 0  |

Примечание: \*статистическая значимость различий распространённости тревоги и депрессии у пациенток с эндометриозом в исследуемых подгруппах (p < 0,01).

ных различий распространённости депрессии в сравниваемых группах (p=0,167).

Для изучения особенностей тревоги и депрессии у пациенток с различными клиническими проявлениями эндометриоза сравнивали женщин с бессимптомным течением болезни (n<sub>1</sub>=26), бесплодием (n<sub>2</sub>=29) и наличием болевого синдрома (n<sub>3</sub>=43; табл. 1).

## ВЫВОДЫ

1. Проведённое исследование показало отсутствие различий распространённости тревоги и депрессии среди пациенток с наружным генитальным эндометриозом и другой гинекологической патологией.

2. Тревога и депрессия у пациенток с эндометриозом наиболее часто присутствуют при наличии болевого синдрома.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. *Эндометриозы*. М.: Медицина. 2006; 416 с. [Adamyant L.V., Kulakov V.I., Andreeva E.N. *Endometriozy*. (Endometriosis.) Moscow: Meditsina. 2006; 416 p. (In Russ.)]
2. Дамиров М.М., Олейникова О.Н., Майорова О.В. *Генитальный эндометриоз. Взгляд*

*практикующего врача*. М.: БИНОМ. 2013; 152 с. [Damirov M.M., Oleynikova O.N., Mayorova O.V. *Genital'nyy endometrioz. Vzglyad praktikuyushchego vracha*. (Genital endometriosis. View of the practitioner.) Moscow: BINOM. 2013; 152 p. (In Russ.)]

3. Линде В.А., Татарова Н.А. *Эндометриозы. Патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010; 192 с. [Linde V.A., Tatarova N.A. *Endometriozy. Patogenez, klinicheskaya kartina, diagnostika i lechenie*. (Endometriosis. Pathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment.) Moscow: GEOTAR-Media. 2010; 192 p. (In Russ.)]

4. Стрижаков А.Н. *Доброкачественные заболевания матки*. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014; 312 с. [Strizhakov A.N. *Dobrokachestvennyye zabolevaniya matki*. (Benign uterine disease.) 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media. 2014; 312 p. (In Russ.)]

5. Greene A.D., Lang S.A., Kendziorski J.A. et al. Endometriosis: where are we and where are we going? *Reproduction*. 2016; 152 (3): R63–R78. DOI: 10.1530/REP-16-0052.

6. Viganò P., Parazzini F., Somigliana E. et al. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2004; 18 (2): 177–200. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2004.01.007.

7. Bulletti C., Coccia M.E., Battistoni S. et al. Endometriosis and infertility. *J. Assist. Reprod. Genet.* 2010; 27 (8): 441–447. DOI: 10.1007/s10815-010-9436-1.

8. Сандакова Е.А., Чернышёва И.В. Тревога и депрессия, как составляющие клинической картины эндометриоза. *Здоровье и семья — 21 век*. 2012; (1): 16. [Sandakova E.A., Chernysheva I.V. Anxiety and depression as components of a clinical picture of endometriosis. *Zdorov'e i sem'ya — 21 vek*. 2012; (1): 16. (In Russ.)]

9. Laganà A.S., La Rosa V.L., Rapisarda A.M.C. et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int. J. Womens Health*. 2017; 9: 323–330. DOI: 10.2147/IJWH.S119729.