

Качество жизни женщин, больных эндометриозом, и стратегия коммуникации с ними

Д. И. Бурчаков, доцент кафедры эндокринологии¹

М. Н. Бурчакова, аспирант кафедры психологии развития и акмеологии²

И. В. Кузнецова, д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии³

¹НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа», г. Москва

²АНО ВО «Московский гуманитарный университет», г. Москва

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Quality of life for women with endometriosis and communication strategy with them

D. I. Burchakov, M. N. Burchakova, I. V. Kuznetsova

Higher Medical School, Moscow Humanitarian University, First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov; Moscow, Russia

Резюме

Эндометриоз — хроническое заболевание с выраженным психосоматическим компонентом. У женщин с эндометриозом есть свой характерный портрет. В статье обсуждаются современные представления об эндометриозе как о факторе, влияющем на личность женщины, ее отношения в семье, качество ее сна и наконец на общение с врачом. Подробно рассматриваются подходы к построению продуктивного диалога с больными эндометриозом, методы повышения приверженности к терапии, преимущества оральной контрацепции с диеногестом в лечении эндометриоза.

Ключевые слова: эндометриоз, тазовая боль, качество жизни, расстройства сна, коммуникация, комбинированная оральная контрацепция, диеногест.

Summary

Endometriosis is a chronic disease with a pronounced psychosomatic component. Women with endometriosis have their own characteristic portrait. The article discusses modern ideas about endometriosis as a factor affecting a woman's personality, her family relationships, the quality of her sleep, and, finally, communication with a doctor. The approaches to building a productive dialogue with patients with endometriosis, methods of increasing adherence to therapy, the advantages of oral contraception with dienogest in the treatment of endometriosis are examined in detail.

Key words: endometriosis, pelvic pain, quality of life, sleep disorders, communication, combined oral contraception, dienogest.

Эндометриоз известен как хроническое воспалительное эстрогензависимое заболевание, связанное с разрастанием ткани, подобной эндометрию, вне полости матки [1]. Но за пределами этой дефиниции остается сильнейший психосоматический компонент эндометриоза, обуславливающий значительную, если не большую часть его симптомов.

Портрет женщины, больной эндометриозом, хорошо знаком практикующим врачам. Это успешная, амбициозная молодая женщина. Она ставит карьеру выше семьи, откладывает деторождение, объясняя это необходимостью достичь определенного материального и социального статуса для создания комфортных условий ребенку. Она умеет планировать свою жизнь и четко понимает, что хочет от нее получить. Но есть и противоположные примеры пациенток с эндометриозом — малообеспеченные, неуверенные в себе

женщины, замкнувшиеся на внутренних тревогах и страхах. Есть ли у стоящих на разных социальных ступенях и столь отличных по внешним признакам женщин что-то общее? Наша задача — найти ответ на данный вопрос, обрисовав некоторые психологические особенности больных эндометриозом, а также описать подходы к общению с этим далеко не простым в коммуникации контингентом пациенток.

Физические и психологические особенности женщин с эндометриозом

Известно, что эндометриоз снижает качество жизни — этому вопросу посвящены ряд количественных исследований [2]. Однако не меньший интерес представляют так называемые качественные (qualitative) исследования эндометриоза. По дизайну они чаще всего представляют серии структурированных интер-

вью, позволяющих осветить различные ключевые темы. В частности, Kundu *et al.* [3] изучали отношение женщин с эндометриозом к различным факторам, влияющим на течение их заболевания. Оказалось, что главную поддержку женщины получают от членов своего социального окружения и назначенной терапии. Напротив, к негативным факторам, мешающим получить адекватную помощь, женщины отнесли специалистов системы здравоохранения и то, как они выполняют свои обязанности [3].

Это не означает, что женщины с эндометриозом не ценят участие врачей в их жизни. Просто врачам, не знакомому с особенностями эндометриоза, бывает трудно понять, как именно чувствует себя женщина, и поэтому сложнее проявить эмпатию. Объективные проблемы, связанные с эндометриозом, — невозможность установления диагноза

без морфологической верификации, эмпирический и часто запоздалый подбор метода терапии — все это не только ухудшает прогноз заболевания, но и подрывает доверие пациентки к врачу. А ведь именно общение с врачом — ключевой и недооцененный фактор, который способен существенно улучшить исходы лечения эндометриоза.

Нет сомнений, что из двух клинически значимых проявлений эндометриоза (боль и бесплодие) ведущую роль в формировании фенотипа эндометриоза играет боль. Подтверждением тому служат приведенные ниже цитаты реальных женщин [4].

«Помню как первый раз со мной это произошло. Словно кто-то раскалывал нож и вспорол мне живот. Вот так это было».

«Я забеспокоилась, когда начала встречаться со своим бывшим, и боль во время секса стала такой, что после я часами могла только лежать в позе эмбриона. Потом я просто рыдала от боли во время секса и после».

«И хирургию пробовала, и стероидные, и контрацепцию. У меня аллергия на контрацепцию теперь. Тринадцать раз меняли мне контрацептивы».

«Мне было больно, и я уговорила врача сделать гистерэктомию. Боли сильно меньше не стало, и внутри теперь пустота».

Иногда у врача создается впечатление, что женщина аггавирует боль. Это не так. Боль при эндометриозе и при других заболеваниях — далеко не одно и то же. В формирование болевого синдрома при эндометриозе с самого начала включены как центральные, так и периферические отделы нервной системы. Вероятно, это обусловлено сильной привязкой боли к менструальному циклу и самому процессу репродукции. Признаки изменений в центральной нервной системе (ЦНС) наблюдаются уже при наличии дисменореи [5], и они становятся еще более значимыми в случае эндометриоза.

Нервы, проводящие болевые сигналы в центральные отделы нервной системы, могут усиливать

афферентные нейропатические стимулы и снижать ноцицептивные сигналы, поскольку находятся вблизи от очага хронического воспаления [6, 7]. Этот процесс провоцируется хирургическим удалением эндометриодных имплантов, что демонстрирует потенциальный вред повторных операций и выступает аргументом в пользу концепции однократного хирургического лечения. У пациенток с эндометриозом повышаются уровни возбуждающих нейротрансмиттеров, что способствует проведению импульсов по путям, модулирующим болевые ощущения [8]. Повторные эпизоды боли, местоположение нервных волокон в очагах хронического воспаления, психологический дистресс, нарушение функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и сопутствующие состояния, сопровождающиеся болью, — все эти факторы увеличивают объем болевых ощущений. Доктор Vincent, гинеколог-исследователь, в выступлении на Всемирном конгрессе по абдоминальной и тазовой боли (2017) сказала: «Количество связей в этой модулирующей системе растет пропорционально длительности времени, когда женщина испытывает боль. Нам необходимо излечивать боль прежде, чем начинать искать ее причину». Практикующим гинекологам следует прислушаться к этому совету.

Субъективное несоответствие симптомов эндометриоз-ассоциированной боли объективному гинекологическому осмотру, непредсказуемость течения заболевания и неизвестность его причин вызывают у женщины сильную тревогу и беспокойство. В результате у многих женщин с эндометриозом возникают психологические изменения, и эти сопутствующие нарушения также увеличивают болевые ощущения [9]. В частности, тревога усиливает восприятие боли, а депрессия модулирует деятельность центров головного мозга, регулирующих эмоциональный ответ на боль [10].

Поскольку эндометриоз — хроническое заболевание, он начинает исподволь влиять на личность женщины, меняя ее характеристики.

Zarbo *et al.* [11] указывают, что у женщин с эндометриозом повышена потребность в контроле, у них чаще возникают навязчивые беспокойные мысли. Эти женщины нередко обвиняют себя в своем состоянии, могут катастрофизировать происходящее (например, автоматически предполагать худший исход из возможных) [11]. Авторы подчеркивают, что эти особенности имеют вторичный характер, то есть развиваются уже на фоне заболевания.

Боль и трудности психологического плана сказываются на качестве сна у больных эндометриозом. Показано, что при эндометриозе чаще встречаются симптомы инсомнии. Однако связь эндометриоза и расстройств сна двухсторонняя. Когда у женщины нарушен сон, симптомы эндометриоза становятся более ощутимыми. Это не всегда очевидно, но Maggiore *et al.* [12] заметили следующее. Если сравнить распространенность дисменореи у женщин с хорошим и плохим качеством сна, то различия окажутся несущественными: 90,2 против 87,2 % ($p = 0,796$). Однако интенсивность дисменореи при хорошем качестве сна составила $5,7 \pm 1,2$ против $7,2 \pm 1,2$ балла при плохом качестве сна ($p < 0,001$). Иными словами, проблемы со сном дополнительно обостряют болевые симптомы эндометриоза, замыкая порочный круг [12].

Постоянная жизнь с болью или ожиданием боли трудновыносима. Чтобы адаптироваться к ней, человек прибегает к механизмам психологической защиты. Врачу полезно понимать принципы работы этих механизмов, чтобы более эффективно выстраивать общение с пациентками. Разберем их подробнее.

Механизмы адаптации и защиты

У живых существ есть три вида реакции на стресс: «бей!», «беги!» и «замри!» Эти реакции защитные, то есть существуют для адаптации к среде обитания. В психологии их также называют копинговыми (англ. *coping* — совладание). Механизмы психологической защиты человека в целом также сводятся к этим трем видам. Проблемы начинаются, когда

человек прибегает к защите, реагируя не на реальную угрозу, а на высокий уровень внутренней тревоги.

Приведем отвлеченный пример. Молодая женщина учится в институте. Она получает домашнее задание и знает, что вечером должна его сделать, чтобы подготовиться к следующему занятию. Однако, сев за учебник, девушка решает ненадолго отвлечься и проверить личные сообщения в социальных сетях. Проверив их, она также проверяет почту, а затем переходит по заинтересовавшей ее ссылке. В результате проходит более часа, а она так и не начала заниматься.

Стороннему наблюдателю легко поддаться ошибочной идее о том, что девушка ленива и недисциплинирована. Но на самом деле ситуация обычно имеет другую подоплеку. Сев заниматься, она сталкивается с высоким уровнем тревоги, поскольку сомневается в своих силах, или чувствует усталость и не умеет отдыхать, или по какой-либо другой причине. Эта тревога запускает реакцию избегания, которая и проявляется в том, что человек несколько часов сидит в интернете вместо того, чтобы учиться.

Механизмы защиты по типу нападения («бей!»), избегания («беги!») и подчинения («замри!») изучаются в рамках современного подхода, который называется схема-терапией, представляющей собой ответвление когнитивно-поведенческой терапии. Зная о механизмах защиты, врач может эффективнее выстраивать диалог с пациентами, избегать конфликтов, повышать приверженность терапии. Далее мы рассмотрим, как различные механизмы защиты могут проявляться у женщин с эндометриозом.

Механизмы защиты на приеме у врача

Визит к врачу для большинства людей — стрессовое событие. Помимо тревоги за собственное здоровье, человек обычно испытывает дискомфорт еще до приема, в том числе от длительного ожидания. В результате в кабинете врача пациент оказывается уже в состоянии

стресса с активированными механизмами защиты. Это сказывается на том, как выстраивается диалог между пациентом и врачом.

Защита по типу нападения — реакция «бей!»

В повседневной работе врач может столкнуться с прямой агрессией со стороны пациента. Однако чаще такой механизм защиты проявляется как попытка контролировать поведение врача. Следует понимать, что женщина с эндометриозом испытывает высокий уровень тревоги и любой контроль (над собой и над другими людьми) приносит ей облегчение и иллюзию спокойствия. Этот контроль обычно принимает одну из двух форм.

В первом случае женщина пытается контролировать врача напрямую. Она задает много вопросов, ведет себя требовательно и настойчиво, требует самого полного обследования, порой грозит написать жалобу. Практикующие врачи часто описывают таких женщин следующим образом: «у нее корона на голове», «руки в боки», «будто ей все должны». Если врач принимает защитное по своей сути поведение женщины за чистую монету, это может вызвать ответное раздражение.

Во втором случае женщина на приеме ведет себя послушно, конформно. Однако, получив рекомендации врача, она внимательно изучает вопрос и самостоятельно принимает решение о выборочном исполнении назначений либо отказе от них. На вопрос о том, почему она так поступает, женщина обычно отвечает: «Я читала в интернете и решила, что мне это лекарство не нужно», «Моя подруга принимала, ей не понравилось» и так далее. Такое поведение кажется иррациональным — ведь если женщина доверяет подруге больше, чем врачу, то зачем она вообще обратилась за помощью? Однако на самом деле это просто скрытая попытка контроля: отменяя терапию, женщина питает иллюзию, что ей подвластно течение ее заболевания. Это снижает ее уровень тревоги и временно облегчает самочувствие, пусть и высокой ценой.

Приведенные типы совладания весьма характерны для женщин с эндометриозом. Высокая требовательность к другим и себе помогает справиться с ощущением собственной слабости и уязвимости, которое возникает в периоды интенсивной боли.

Как строить диалог с «нападающими» пациентами? Стратегия общения с ними состоит из трех ключевых элементов: демонстрации уважения, качественного контакта, контроля и планирования. Для того чтобы осуществить это на практике, врачу полезно помнить и делать следующее.

- Помнить, что попытки контроля, нападки и даже агрессия женщины направлены не на личность врача, а на ситуацию, в которой пациентка находится в связи с ее самочувствием и другими факторами. Врач, как личность, может испытывать в подобных ситуациях любые чувства, но реагировать при этом должен как профессионал — спокойно, последовательно, адекватно.
- В начале приема дать женщине высказать ее первую жалобу или запрос, если у нее есть такая потребность. В практическом смысле это означает, что женщину не нужно перебивать хотя бы первые 30–40 секунд. Это создает у нее ощущение, что врач действительно пытается вникнуть в происходящее с ней.
- Составлять вместе с женщиной подробный и последовательный план обследования. Это позволяет ей успокоиться, почувствовать, что врач контролирует ситуацию и поэтому ему можно доверять.
- Стараться объяснять свои назначения простым и доступным для женщин языком. Опрашивая пациентов, мы часто слышим их недовольство тем, что врачи используют много терминов, которые непонятны людям без медицинского образования. Часто именно за толкованием терминов женщины обращаются в интернет. Иногда пациенты воспринимают нежелание врача говорить

на понятном для них языке как признак того, что врач «не может толком объяснить»; это сразу же снижает доверие к нему и повышает уровень тревоги.

Защита по типу избегания — реакция «беги!»

Этот способ реагировать на тревогу подразумевает, что пациент игнорирует источник тревоги, старается о нем не думать и отвлекаться доступными и привычными способами. Женщины с избегающим типом совладания могут просто не прийти на прием или, оказавшись на приеме, всеми силами стараются показать, что у них все хорошо (или терпимо), и поскорее уйти. Они часто не включаются в диалог, односложно отвечают на вопросы. Врач с развитым чувством эмпатии ощущает, что женщина не находится с ним в контакте во время беседы.

Такая отстраненность может быть воспринята врачом как холодность, неблагодарность или даже враждебность со стороны пациентки. Однако важно понимать, что, сохраняя психологическую дистанцию с людьми, эти женщины оберегают себя от избыточной тревоги. В работе с ними врачу полезно помнить и делать следующее:

- оставаться в контакте с женщиной, не уходить в свои записи или компьютер, во всяком случае в начале приема;
- использовать анкеты и визуальные аналоговые шкалы. Женщины с избегающим стилем защиты часто испытывают трудности с описанием собственных переживаний. Визуальная аналоговая шкала для оценки интенсивности боли помогает им дать более точную характеристику своего состояния, нежели просто «болит» или «очень болит»;
- признавать право женщины на психологическую дистанцию и, если она не идет на контакт, не настаивать на этом, а просто давать рекомендации, которые ей будут полезны.

Защита по типу подчинения — реакция «замри!»

Женщины с таким механизмом защиты выглядят уязвимыми, слабыми, беспомощными и ведут себя так

же. Даже в ситуации, когда не испытывают выраженных симптомов заболевания, они подчеркивают свою немощь. Очень часто такие женщины перекладывают ответственность за свое состояние на родителей или партнеров. Типичный пример: молодая девушка с интенсивными болями во время менструаций, которая приходит на прием вместе с мамой. Мама всячески ее опекает, использует местоимения множественного числа: «мы были у врача», «у нас болит». Такая лексика — указание на то, что психологически мать и дочь остаются в состоянии слияния, характерном для раннего детства и периода начальной школы. Дочь не имеет возможности проявить самостоятельность и обычно убеждена в собственной неадекватности, во всяком случае когда речь идет о здоровье.

Пациенты с таким механизмом защиты часто эксплуатируют обычное для врача желание помогать и поддерживать, порой злоупотребляя вниманием и временем врача. В работе с ними полезно помнить и делать следующее:

- демонстрировать сочувствие и внимание, в частности хвалить женщину даже за мелочи: вовремя пришла по записи, принимала таблетки, сделала анализы. То, что для других людей — элементарное дело, для таких женщин может быть достижением;
- давать женщине простые и легко выполнимые инструкции. В отличие от контролирующих типов личности, подробный план действий может напугать женщину с подчиняющимся механизмом защиты, вызвать в ней страх, что она чего-то не сможет;

- не пытаться вразумить женщину словами типа «нечего жаловаться, бывает и хуже», это создает у нее ощущение, что ее не услышали и отвергли, провоцирует закрыться в собственных тяжелых переживаниях;
- не пытаться переложить всю ответственность за лечение на маму или партнера пациентки, потому что близкие не всегда смогут быть рядом, и женщине важно научиться самой заботиться о себе;
- наконец, нежелательно вмешиваться в устройство такой психологической системы и пытаться показать матери, что она слишком опекает свою дочь, или пытаться объяснить дочери, что она должна быть более самостоятельной. Все это задача психолога, поскольку описанная модель поведения в семье необычайно устойчива и слабо поддается директивным воздействиям.

Работа с приверженностью терапии

Основа приверженности пациента терапии — доверие врачу. Однако этого не всегда достаточно. Женщинам с эндометриозом, особенно тем, которые пытаются контролировать врача, полезно тщательно объяснять, какая терапия им назначается и почему. Для этого следует донести пользу терапии на языке, понятном женщине, если у нее нет медицинского образования. В целом проблема перевода на язык пациента — типичная и одна из самых значимых в медицинской коммуникации. Приведем несколько примеров такого перевода (см. табл.).

Общие принципы перевода просты:

На языке врача	На языке пациента
Этиология этого заболевания неизвестна	Мы до сих пор не знаем, почему это заболевание возникает
Симптоматической терапии болевого синдрома недостаточно	Обезболивающие убирают боль, но, чтобы действительно лечиться, нужно другое лекарство
Это метод лечения с доказанной эффективностью	Это лечение хорошо изучено, и оно реально помогает людям
Я рекомендую вам гормональный контрацептив с дополнительным противовоспалительным эффектом	Вам будет полезно принимать таблетки, которые дадут два эффекта: у вас будет намного меньше болей, и вы сможете заниматься сексом, не рискуя забеременеть

- использовать лексику, понятную человеку без медицинского образования;
- использовать простые и понятные образы для описания сложных процессов;
- объяснять, какие выгоды и преимущества даст пациенту конкретное лекарство, или, иными словами, с какой конкретно целью оно назначено.

Комбинированная гормональная контрацепция в контексте коммуникации «врач – пациентка с эндометриозом»

Цель долговременного лечения эндометриоза — избавить женщину от симптомов, приносящих ей страдание и снижающих качество жизни [13]. У комбинированных оральных контрацептивов (КОК) есть ряд преимуществ, которые позволяют считать их эффективным методом первой линии терапии боли, связанной с эндометриозом [14]. Недостаток КОК — отсутствие аннотированного показания к лечению эндометриоза легко превращается в достоинство, если назначать препараты по прямому назначению сексуально активным женщинам. Ключевое преимущество КОК состоит в том, что препарат можно принимать длительно, столько, сколько женщина нуждается в предохранении от нежеланной беременности. Это актуально при эндометриозе, обратное развитие которого не происходит ни при каком виде гормональной терапии, и, следовательно, прогрессирование заболевания тормозится ровно столько, сколько продолжается медикаментозное лечение.

Доносить информацию о невозможности медикаментозного купирования эндометриоза до женщины, впрочем, не стоит. Медицинский термин «хроническое» пациент осознанно или подсознательно может интерпретировать как неизлечимое. И тогда рекомендации практически пожизненной (по крайней мере до окончания фертильного периода жизни) терапии еще больше убеждают пациентку в неизлечимости болезни, вводят в психологический дистресс,

разочаровывают в медицине, заставляют искать альтернативные и не всегда безопасные пути решения проблемы или вызывают реакцию отторжения любой помощи («если это неизлечимо, то зачем лечиться?»). Надо также помнить об ограниченности наших знаний об эндометриозе. Любой прогноз течения заболевания рискует быть ошибочным, поэтому разговоров о пожизненном лечении, вероятном бесплодии и других пугающих тем лучше избегать.

Рекомендация приема КОК снижает психологическое давление, которое испытывает пациентка в связи с необходимостью длительно использовать фармакотерапию, поскольку эта группа лекарственных средств применяется и здоровыми женщинами. При этом правильная презентация метода поможет повысить приверженность к нему. Женщины с «нападающей» реакцией защиты получают инструмент контроля заболевания и одновременно способности к деторождению, что снижает уровень тревоги. Женщинам с реакцией избегания можно предлагать более комфортную для них схему смещения цели с главной проблемы (боль) на второстепенную (предохранение от беременности), упоминая при этом положительное дополнительное влияние на болевые симптомы. Для женщин с реакцией подчинения будет важно объяснить простоту и доступность применения контрацептивов с максимальной пользой для здоровья в целом.

Вопрос адекватного консультирования касается также выбора стандартного или пролонгированного режима приема КОК. Пролонгированный или непрерывный режим лучше контролирует боль, но это преимущество сохраняется только на протяжении первых 6 месяцев приема [15]. Поэтому, если женщина исходно выбрала пролонгированную схему применения КОК, через полгода следует поинтересоваться, хочет ли она продолжить прием препарата в таком же режиме или желает перейти на стандартный вариант. Причем сообщить о том, что через некоторое

время состоится визит, на котором врач и пациентка вместе обсудят дальнейшую программу лечения, надо сразу. Детализация вопросов, которые будут обсуждаться на этом визите, важна только для женщин с реакцией типа «бей!», но любой психотип с благодарностью воспримет заботу и внимание к своей персоне.

Выбирая конкретное средство для контрацепции женщине, больной эндометриозом, предпочтение следует отдавать КОК, в состав которых входит диеногест (Силует). Диеногест — единственный из прогестинов, входящих в состав КОК, который применяется как монотерапия эндометриоза-ассоциированной боли в той же дозе 2 мг в сутки, составляющей основу КОК [16]. В клинических исследованиях продемонстрировано существенное облегчение боли и улучшение качества жизни пациенток с эндометриозом, применяющих КОК с диеногестом [17]. В международных и большинстве национальных гайдлайнов существует рекомендация о назначении КОК пациенткам с эндометриозом off label, то есть вне аннотированных показаний, только по факту наличия тазовой боли или для послеоперационного ведения женщин, не планирующих беременность в ближайшее время [18–20]. В нашей стране такая практика не узаконена, поэтому врачи-гинекологи могут рекомендовать прием КОК (предпочтительный выбор — КОК с диеногестом) пациенткам, живущим половой жизнью и не планирующим беременность.

Заключение

Эндометриоз — хроническое заболевание с непредсказуемым течением, часто сопровождающееся болью и снижением фертильности. Женщина с эндометриозом нуждается в особом отношении к себе и осознанной заботе со стороны врача. Для полноценной помощи врачу полезно понимать особенности внутреннего мира пациенток с эндометриозом и выстраивать коммуникацию с ними последовательно, бережно и с уважением к страданию, которое они

вынуждены переживать. Вместе с тем правильно подобранная и предложенная терапия, в том числе КОК с диеногестом (Силует), позволяет реально облегчить это страдание.

Список литературы

1. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. *BMJ*. 2014; 348: g1752.
2. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, Raine-Fenning N. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: A critical narrative review. *Hum Reprod Update* 2013; 19: 625–639.
3. Kundu S, Wildgrube J, Schipper C, Hillemanns P, Brandes I. Supporting and Inhibiting Factors When Coping with Endometriosis From the Patients' Perspective. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2015; 75: 462–469.
4. Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2014; 14: 123.
5. Vincent K, Warnaby C, Stagg C, Moore J, Kennedy S, Tracey I. Dysmenorrhoea is associated with central changes in otherwise healthy women. *Pain* 2011; 152 (9): 1966–1975.
6. Von Hehn C, Baron R, Woolf C. Deconstructing the Neuropathic Pain Phenotype to Reveal Neural Mechanisms. *Neuron* 2012; 73 (4): 638–652.
7. Neziri A, Bersinger N, Andersen O, Arendt-Nielsen L, Mueller M, Curatolo M. Correlation Between Altered Central Pain Processing and Concentration of Peritoneal Fluid Inflammatory Cytokines in Endometriosis Patients With Chronic Pelvic Pain. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2014; 39 (3): 181–184.
8. Eller-Smith OC, Nicol AL, Christianson JA. Potential Mechanisms Underlying Centralized Pain and Emerging Therapeutic Interventions. *Front Cell Neurosci*. 2018; 12: 35.
9. Facchin F, Barbara G, Dridi D, et al. Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Hum Reprod* 2017; 32 (9): 1855–1861.
10. Borna C, Leknes S, Holmes EA, Edwards RR, Goodwin GM, Tracey I. Induction of Depressed Mood Disrupts Emotion Regulation Neurocircuitry and Enhances Pain Unpleasantness. *Biological Psychiatry* 2010; 67 (11): 1083–1090.
11. Zarbo C, Brugnera A, Dessì V, et al. Cognitive and Personality Factors Implicated in Pain Experience in Women with Endometriosis: A Mixed Method Study. *Clin J Pain* 2019.
12. MaggioreLRU, Bizzarri N, Scala C, Tafi E, Siesto G, Alessandri F, Ferrero S. Symptomatic endometriosis of the posterior cul-de-sac is associated with impaired sleep quality, excessive daytime sleepiness and insomnia: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 209: 39–43.
13. Johnson NP, Hummelshoj L. World Endometriosis Society Montpellier Consortium: Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod* 2013; 28 (6): 1552–68.
14. Bedaiwy M, Allaire C, Yong P, et al. Medical Management of Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain. *Semin Reprod Med* 2017; 35 (1): 38–53.
15. Dmitrov R, Kunselman AR, Legro RS. Continuous Compared With Cyclic Oral Contraceptives for the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2012; 119 (6): 1143–1150.
16. Bedaiwy MA, Allaire C, Alfaraj S. Long-term medical management of endometriosis with dienogest and with a gonadotropin-releasing hormone agonist and add-back hormone therapy. *FertilSteril*. 2017; 107 (3): 537–548.
17. Caruso S, Iraci M, Cianci S, Fava V, Casella E, Cianci A. Comparative, open-label prospective study on the quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain on 2 mg dienogest / 30 µg ethinyl estradiol continuous or 21/7 regimen oral contraceptive. *J Endocrinol Invest*. 2016; 39 (8): 923–931.
18. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014; 29 (3): 400–412.
19. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. *Fertil Steril* 2014; 101 (4): 927–935.
20. Ulrich U, Buchweitz O, Greb R, et al, for the German and Austrian Societies for Obstetrics and Gynecology. National German Guideline (S2k): Guideline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis: Long Version — AWMF Registry No. 015–045. *GeburtshilfeFrauenheilkd* 2014; 74 (12): 1104–1118.

Для цитирования. Бурчаков Д. И., Бурчакова М. Н., Кузнецова И. В. Качество жизни женщин, больных эндометриозом, и стратегия коммуникации с ними // Медицинский алфавит. Серия «Современная гинекология». — 2019. — Т. 3. — 25 (400). — С. 12–17.



III РЕГИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

8–9 НОЯБРЯ 2019
г. Москва, Россия

AZIMUT Hotel Smolenskaya,
Москва, ул. Смоленская, д. 8

КОНТАКТЫ

Общая координация проекта
Меньшикова Татьяна
Тел.: +7 (495) 988-89-92 (доб. 182)
menshikova@medbymed.ru

Спонсорство и выставка
Чижикова Анастасия
Тел.: +7 (495) 988-89-92 (доб. 139)
a.chizhikova@medbymed.ru

СМИ и информационное партнерство
Новикова Велла
Тел.: +7 (495) 988-89-92 (доб. 333)
v.novikova@medbymed.ru