ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НА ПРИМЕРЕ г. МАХАЧКАЛА

Ханмурзаева С.Б., Ханмурзаева Н.Б.

Дагестанский ГМУ, г. Махачкала

Актуальность. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) представляет собой широко распространенное состояние. Причины возникновения СХТБ разнообразны и включают перенесенные гинекологические и урологические заболевания и поражение органов малого таза, мышечно-тонические нарушения с формированием стойкого напряжения мускулатуры спины и поясницы, сопровождающегося нарушением осанки и биомеханики позвоночника [2]. Развитию хронического болевого синдрома любой локализации способствуют индивидуальные особенности эмоциональной сферы, в частности, беспокойство, тоска, тревога [4,5]. Вегетативная дисфункция нервной системы является результатом хронического болевого синдрома, который в свою очередь оказывает эмоциональную нагрузку [3]. СХТБ и аффективные нарушения могут сопровождаться вегетативной дисфункцией, обусловленной, в т. ч., гормональными изменениями организма женщины [1].

Цель исследования: изучение характера вегетативных и аффективных нарушений при синдроме ХТБ у женщин различных возрастных групп.

Материал и методы. Наблюдались 76 женщин, среди них 24 – детородного возраста (средний возраст – $37,4 \pm 6,3$ лет; 1-я группа) и 25 – в постменопаузальном периоде (средний возраст – $58,2 \pm 7,3$ лет; 2-я группа) с СХТБ. Диагноз СХТБ устанавливался в соответствии с определением ICS [8]. Критерии включения: возраст 18-75 лет; наличие боли в области промежности и половых органов; интенсивность болевого синдрома, способное уменьшить качество жизни пациенток, тем самым ограничивая их полноценное повседневное функционирование; длительность болевого синдрома не менее шести месяцев. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет; беременность или послеродовой период; острое воспалительное, хирургическое, урологическое или гинекологическое заболевание, подтвержденное результатами клинического наблюдения или инструментального обследования; онкологическое заболевание. Контрольную группу составили 27 женщины ($48,5 \pm 9,2$ лет) без СХТБ.

Все больные были осмотрены профильными специалистами (уролог, хирург, гинеколог). Для исключения органической соматической патологии использовались методы КТ и УЗИ органов малого таза, биохимические исследования. С целью оценки неврологического статуса был включен неврологический клинический осмотр, интенсивности болевого синдрома оценивалась в соответствии с Визуально-аналоговой шкалой (ВАШ), частоты эпизодов боли, их длительности и цикличности.

Оценка состояния вегетативной нервной системы включала регистрацию в покое частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД соответственно), с использованием тестов Ашнера, Вальсальвы, ортостатической пробы и расчета индекса Кердо [2]. Наличие и выраженность тревожных нарушений оценивали на основании опросника Гамильтона (HAM-A), астении – модифицированной шкалы астении (MFI).

Результаты обработаны статистически при помощи программного пакета SPSS 17.0.

Результаты и их обсуждения. Длительность заболевания составила $17,4 \pm 5,3$ и $18,4 \pm 7,3$ мес. в 1-ой и 2-ой группах соответственно (отличия недостоверны). Интенсивность боли по ВАШ не различалась в 1-ой и 2-ой группах ($65,4 \pm 11,2$ и $59,5 \pm 10,4$ балла соответственно).

Все пациентки включенные в исследование, за исключением группы сравнения, отмечали частые, длительные (продолжительность – более чем половины времени бодрствования) боли в нижней части поясницы, ягодицах, промежности тупого монотонного характера. Провоцирующие факторы называли 9 больных из 1-ой и 10 больных – 2-ой групп (37,5% и 41,7%; отличия недостоверны). Боль усиливалась при длительном стоянии, ходьбе, в жаркое время, непосредственно во время или после половой активности. В 1-ой группе – накануне менструации или непосредственно после нее. У пятерых пациенток из обеих групп наблюдалось по время или после мочеиспускания или дефекации усиление боли.

Фоновые показатели ЧСС, САД и ДАД у больных обеих групп достоверным образом не отличались, однако, у пациенток первой группы были зафиксированы более высокие значения указанных показателей. По итогу исследования вегетативной нервной системы, а в частности ее функционирования нами установлены признаки дистонии. У 18 (75,0%) пациенток 1-ой группы имела место симпатическая направленность дистонии, во 2-ой группе – у 5 (20,0%; $p < 0,05$); во 2-ой группе преобладала парасимпатикотония ($n=20$; 80,0%). При проведении функциональных проб для оценки состояния вегетативной системы, оказалось, что в 1-ой группе имела место симпатикотония (тахикардия, тахипное, умеренная артериальная гипертензия). Пробы Ашнера и Вальсальвы указывали на активацию парасимпатической нервной системы ($p < 0,05$ по сравнению со 2-ой группой). Во 2-ой группе имелись признаки парасимпатической активации.

Различные проявления астении оказались характерными больных обеих групп, в той или иной степени выраженности они имелись у 19 (79%) и 22 (88%) больных соответственно (табл. 2). Показатели выраженности астении существенно не отличались между группами и имели практическую выраженность по различным доменам в обеих группах. При этом показатели, полученные при обследовании больных 1-ой и 2-ой групп достоверно отли-

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

чались от таковых в контрольной группе ($p < 0,05$). Следует отметить, что в контроле выраженность астении соответствовал нормальным значениям. Уровень тревожности у больных 1-ой и 2-ой групп оказался достоверно выше, чем в контроле ($p < 0,05$ для обоих показателей), при этом достоверные различия между группами отсутствовали.

При анализе характера астенического синдрома оказалось, что его выраженность (суммарные значения по всем доменам опросника MFI-20) не имела статистически значимой связи с интенсивностью болевого синдрома ($r = 0,166$; $p > 0,05$), однако положительно коррелировала с длительностью болевого синдрома ($r = 0,412$; $p < 0,05$).

Таблица 1

Результаты исследования состояния вегетативной нервной системы у наблюдавшихся больных

Показатели	1 группа	2 группа	Контрольная группа
ВАШ, мм	65,4±11,2	59,5±10,4	-
ЧСС уд в мин	82,4±9,2	79,2±8,3	76,4±7,1
САД мм рт. ст.	134,5±11,5	139,7±11,5	129,8±10,5
ДАД мм рт. ст.	76,1±7,2	78,1±8,4	69,7±6,9
Индекс Кердо	15,3±4,2*	7,4±3,2**	6,3±3,2
Проба Ашнера (уд. в мин)	-2,4±1,4	-7,4±2,1*	-8,5±2,1
Проба Вальсальвы (уд. в мин)	-1,9±1,1	6,7±2,8*	8,2±2,0
ЧСС ортостаз (уд. в мин)	12,4±3,3	6,3±2,9**	8,5±1,7
САД ортостаз (мм рт ст)	6,5±1,4*	-8,5±10,1*	-10,4±1,8
САД ортостаз (мм рт ст)	7,4±1,1*	-5,8±1,2*	3,7±1,0*

* – различия между группами достоверны ($p < 0,05$)

® – различия достоверны по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$)

Таблица 2.

Результаты оценки выраженности астении и тревожности (опросники MFI – 20 и HAM-A)

Показатель (баллы)	1 группа	2 группа	Контроль
Общая астения	7,5±3,2*	8,1±1,2*	2,0±1,8
Физическая астения	6,9±2,9*	7,1±2,0*	1,1±0,5
Пониженная активность	6,4±1,9*	7,2±1,6*	1,4±0,6
Сниженная мотивация	5,9±1,0*	6,4±2,1*	0,8±0,3
Психическая астения	7,9±1,2*	8,1±2,4*	1,5±0,4
Уровень тревоги (HAM-A)	8,2±2,2*	9,3±1,8*	1,6±0,5

*- отличия достоверны по сравнению с контролем ($p < 0,05$)

Наличие СХТБ в определенной степени ограничивало повседневную активность больных, затрудняло выполнение повседневных бытовых работ и служебной деятельности, однако ни у одной из пациенток не явилось причиной оформления группы инвалидности или прекращения трудовой деятельности. Нарушение ночного сна оказались характерны и проявились трудностью засыпания, частыми пробуждениями среди ночи, как результат и отсутствием чувства отдыха после сна.

Корреляционная связь между частотой пробуждений среди ночи, продолжительностью ночного сна и интенсивностью боли по ВАШ отсутствовала ($r = -0,056$; $r = 0,079$; $p > 0,05$). Более тесная связь имела между выраженностью диссомнических и вегетативных расстройств, однако, она также не носила достоверного характера ($r = 0,279$; $p > 0,05$).

Астении в различной степени проявилась у обследованных пациенток обеих групп, в той или иной степени выраженности они имелись у 19 (79%) и 22 (88%) больных соответственно.

При анализе характера астенического синдрома оказалось, что его выраженность (суммарные значения по всем доменам опросника MFI-20) не имела статистически значимой связи с интенсивностью болевого синдрома ($r = 0,166$; $p > 0,05$), однако положительно коррелировала с длительностью болевого синдрома ($r = 0,412$; $p < 0,05$).

Выводы. СХТБ – распространенный среди женщин различных возрастных групп клинический синдром. У всех обследованных больных имеются признаки вегетативной дистонии. Преимущественно наблюдался смешанный тип вегетативных нарушений, однако, у женщин детородного возраста имело место преобладания симпатической нервной системы, тогда как у больных старшего возраста преобладала парасимпатическая направленность нарушений. Имеется зависимость выраженности тревожного расстройства от выраженности вегетативных нарушений. Фоновые значения ЧСС, САД, ДАД существенно не отличаются у женщин различного возраста с ХТБ, и не носят достоверных отличий от соответствующих показателей в контрольной группе. Использование функциональных нагрузочных проб позволило различиям между группами приобрести достоверный характер. Резюмируя мы пришли к тому, что для уточнения характера направленности и выраженности у женщин с СХТБ вегетативных нарушений применение специализированных нагрузочных проб и тестов будет целесообразно.

Литература

1. Болотов А. В. Неврологические аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2005. 114 с.
2. Извозчиков С. Б. Невоспалительный синдром хронической тазовой боли у мужчин: неврологические аспекты урологической проблемы: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2007. 117 с.
3. Ханмурзаева С.Б., Абусуева Б.А., Камчатнов П.Р. Синдром хронической тазовой боли у женщин различных возрастных групп. Медицинский алфавит. Неврология и психиатрия. 2016; 26(289); 4: 26-31.
4. Ханмурзаева С.Б., Абусуева Б.А., Ханмурзаева Н.Б. Вегетативные и аффективные расстройства при синдроме ХТБ у женщин. Материалы 65-й Всероссийской юбилейной научной конференции молодых ученых с международным участием 2017, 188-190;
5. Chen I., Money D., Yong P. et al. An Evaluation Model for a Multidisciplinary Chronic Pelvic Pain Clinic: Application of the RE-AIM Framework. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2015; 37 (9): 804–9

DOI 10.32863/1682-7392-2018-3-63-109-111