

# 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; бере-менность или послеродовый период; острое воспалительное, хирургическое, урологическое или гинекологическое заболевание, подтвержденное результатами клинического наблюдения или инструментального обследования; он-кологическое 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 обсуждение.** 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 назвали 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 вызвали 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-

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* <sub>&amp;</sub>	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* <sub>&amp;</sub>	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 ХТБ, и не несут 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

- Бологов А. В. Неврологические аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2005. 114 с.
- Извозчиков С. Б. Невоспалительный синдром хронической тазовой боли у мужчин: неврологические аспекты урологической проблемы: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2007. 117 с.
- 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.
- 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;
- 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