

И.Ю.ЩЕГЛОВА

Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова,
кафедра психиатрии,
НИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ (обзор литературы)

В статье доказано, что гинекологические заболевания относятся к одним из наиболее частых органических причин хронических болей в области живота наряду с такими состояниями, как повреждения мышц живота и болезни позвоночника, синдром раздраженной толстой кишки и инфекция мочевых путей.

Вместе с тем ряд работ убедительно свидетельствует, что интенсивность и локализация болей при спаечной болезни и эндометриозе не коррелируют с тяжестью и локализацией патологического процесса. Кроме того, в обзоре обобщены многообразные психологические и социальные факторы, которые следует учитывать при оценке генеза хронических тазовых болей (ХТБ). Сформулирован ряд положений о роли психиатрической помощи в комплексном обследовании и лечении больных с ХТБ, включающей психотерапевтические техники и лечение антидепрессантами.

В последние десятилетия проблема боли привлекает пристальное внимание исследователей. Не вызывает сомнения, что боль имеет огромное значение для адаптации живого организма к условиям внешней и внутренней среды. Хроническая тазовая боль (ХТБ), являясь распространенным физическим страданием, наносит значительный материальный и моральный ущерб и представляет собой общемедицинскую и социальную проблему.

Международная ассоциация изучения боли определяет боль как "неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или возможным повреждением тканей и описываемое в терминах такого повреждения" [34]. Хронической принято считать боль длительностью более 3 месяцев. Понятно, что отличия между острой и хронической болью носят не временной, а качественно иной характер. Эти два вида болей имеют различный физиологический смысл, различные клинические проявления и патофизиологические механизмы. Острая боль непосредственно связана с повреждением тканей. В то время как хроническая боль (ХБ) оценивается не только как проявление периферического воздействия, но и как сложный мультифакторный феномен, включающий эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты.

К хронической тазовой боли у женщин относят постоянную локальную боль в области проекции половых органов, не связанную причинно с онкологическими заболеваниями [35]. Согласно данным литературы, наиболее часто

выделяют органические боли, вызванные возбуждением афферентных волокон в результате тканевого повреждения; невропатические боли, которые предположительно возникают при повреждении соматосенсорной системы на любом ее уровне; психогенные боли, при которых исследователи не находят адекватного органического или патофизиологического объяснения для боли.

Органические боли. Гинекологические заболевания относятся к одним из наиболее частых органических причин хронических болей в области живота наряду с болями при повреждениях мышц живота и болезни позвоночника (16%), синдроме раздраженной толстой кишки (12%) и инфекции мочевых путей. Порфирия, тетания, рассеянный склероз, спинная сухотка, опухоли головного мозга, абдоминальная эпилепсия, абдоминальная мигрень, синдром Гомеи относятся к редким причинам [3, 53]. Однако в 50% случаев и вовсе не удается найти органическую причину для ХБ в области живота [42]. Тогда как психогенный характер болей определяется у 40% пациентов с абдоминалгиями [36].

Остановимся более подробно на гинекологических причинах ХТБ у женщин. К ним относят такие заболевания, как эндометриоз, в том числе внутренний генитальный эндометриоз - аденомиоз, ретрофлексия матки, миома матки, хронические воспалительные заболевания половых органов [35].

По данным исследования, проведенного в Великобритании, у 36% женщин длительная боль внизу живота вызвана спайками брю-



шины, у 14% - эндометриозом, у 13% - запорами, у 11% - объемными образованиями яичников, у 8% - воспалительными заболеваниями половых органов. В 19% причина боли остается неизвестной [27]. Аналогичная работа, проведенная в Австралии, показала, что в 30% случаев причина боли внизу живота - это эндометриоз, а в 20% случаев - спайки брюшины [25].

Американские ученые в контролируемых исследованиях показали, что интенсивность и локализация болей при спайках и эндометриозе не коррелируют с тяжестью и локализацией патологического процесса [48,62]. В связи с этим авторы задаются вопросом, вызывают ли "классические" гинекологические болезни (эндометриоз, спаечная болезнь) ХТБ или для хронизации тазовых болей необходим ряд дополнительных условий - сексуальная дисфункция, депрессия, соматизация (трансформация психического дистресса в симптомы, схожие с соматической патологией и являющиеся причиной обращения к врачу), крайним выражением которой являются соматоформные болезни (истерия, ипохондрия)?

Интерес в плане диагностики гинекологических причин ХТБ представляет травматическое повреждение связочного аппарата матки, получившее название по имени авторов, впервые подробно описавших его в 1953 году, - синдром Аллена-Мастерса. Одна из первых работ в этом плане в отечественной литературе принадлежит профессору Г.А.Савицкому [7], который не только описывал разновидности повреждений связок, но и изучал условия возникновения ХТБ при этой патологии, методы их лечения. Г.А.Савицкий с соавторами показал, что при отсутствии другой гинекологической патологии ушивание разрывов связок одновременно с исправлением положения матки (антефиксация) и частичной денервацией излечивает от ХТБ 52% женщин, у 31% пациенток улучшает состояние.

В серии работ, проведен-

ных на нашей кафедре совместно с сотрудниками отделения оперативной гинекологии ИАГ РАМН, установлено, что у большинства больных с синдромом Аллена-Мастерса имеются пограничные психические расстройства, которые существенно влияют на интенсивность болевых ощущений и прогноз лечения в отношении ХТБ [15,19,20].

Невропатические боли. Как было отмечено в многочисленных исследованиях, боли этого вида имеют многофакторную этиологию, включая психогенные, эндокринные, метаболические, сосудистые причины, и сложный патогенез, окончательно не изученный. Уже исходя из этого становится понятно, что разделение болей на невропатические и психогенные в ряде случаев представляется условным.

Приведем следующий пример. С конца 20-х и до конца 60-х годов хроническую тазовую боль у женщин, которую нельзя было напрямую связать с патологическим процессом в гениталиях, пытались объяснить патологией вегетативной нервной системы и хроническими нарушениями тазовой гемодинамики. Согласно учению об инфекционно-воспалительном поражении вегетативных ганглиев, вегетоганглионевриты обуславливали течение симпатических пельвиалгий. В качестве методов лечения предлагались резекции верхнего подчревного сплетения, сакральные ризотомии, различные способы "денервации матки" [8,9,41]. Кроме того, развитие ХТБ связывали с хронической гипоксией тканей в результате нарушения кровообращения тазовых органов с исходом в фиброз. Однако полученные авторами данные не позволяли полностью объяснить этиопатогенез ХТБ и эффективно лечить эту патологию. В дальнейшем была убедительно доказана сомнительность таких диагнозов, как солярит, соляралгия у больных с болями в животе [2]. По наблюдению Вейна А.М. и др. [2] большинство больных с соляритами и ганглио-

невритами должно быть отнесено к группе пациентов с психогенными абдоминалгиями. Показано, что пациентки с хроническим нарушением кровообращения в венах таза часто имеют психические нарушения и не получают облегчения после экстирпации матки [55]. Таким образом, перед медициной вновь возникает задача поиска причин и адекватных способов лечения пациенток с ХТБ без очевидных гинекологических заболеваний.

Психогенные боли. Krishnan K. и др. [40], исследуя 50 пациенток с хроническими болями, у 34 из них отмечают перенесенные в анамнезе эндогенные депрессии и более высокий процент наследственной отягощенности по аффективным расстройствам, чем у остальных 16. Magni G. [43] сравнивает 3 группы пациенток с ХТБ без очевидной гинекологической патологии, гинекологических больных с ХТБ и гинекологических пациенток без боли. Автор показывает, что в первой группе (ХТБ без очевидной гинекологической патологии) уровень депрессии, измеряемый по шкале Zung, достоверно выше, чем в других группах. На основании изложенных результатов исследования предпологает, что в некоторых случаях ХБ без очевидной гинекологической патологии может быть проявлением депрессивного расстройства.

В работе Н.П.Ванчаковой [1] диагностирована эндогенная субпсихотическая депрессия с тревожно-депрессивными проявлениями у 22 из 50 пациенток с хронической абдоминальной болью, у которых не выявлена адекватная по тяжести хирургическая патология органов брюшной полости. При обследовании гинекологических пациенток с ХТБ получены схожие результаты [59].

Raskin D.E. [49] докладывает о 66% случаев синдрома Брике среди пациенток с ХТБ. Синдромом Брике (по имени французского психиатра Брике, описавшего его в 1859 году) именуют хроническую полисимптоматическую

истерию, которая в современной классификации МКБ-10 получает название соматизированного расстройства [5].

Исследований, посвященных изучению ипохондрии среди пациенток с ХТБ, в доступной нам литературе не встретилось. В то же время известно, что феноменология расстройств, относимых к кругу ипохондрических, в обязательном порядке включает сенсорные нарушения, среди которых важное место занимают болевые расстройства [10, 11, 12, 39].

У больных с ХБ ипохондрические расстройства отмечаются при длительном течении болевого синдрома [56], видоизменяя депрессивные нарушения [1].

Подробный психопатологический анализ болевого синдрома представлен в работах А.Б. Смулевича [10, 11, 12]. Первоначально болевые расстройства, необъяснимые соматической патологией, рассматривались в рамках неbreдовой ипохондрии при малопрогредиентной шизофрении. В дальнейшем, после принятия МКБ-10, у авторов появилась возможность отойти от этиопатогенетической оценки описываемых нарушений и предложить двухуровневую модель болезни в пределах одной категории - соматоформных расстройств.

Менее изученной остается немногочисленная группа больных с так называемыми идиопатическими болями, у которых ХБ отличаются отсутствием органической патологии, независимостью от внешних влияний, стойкостью проявлений и резистентностью к терапии (термин G.Ladee, 1966). С позиций современной классификации их расценивают как пациенток с соматоформным болевым расстройством. К отличительным клиническим особенностям относятся настойчивое стремление пациенток к проведению диагностических пункций, лапаротомий и других оперативных вмешательств [10]. Например, у 12 изученных пациенток с идиопатическими тазовыми болями было выполнено 19 опера-

ций, а среднее число госпитализаций за год составило 4,8 [18].

Таким образом, становится понятным, что ХТБ могут выступать в роли гинекологической маски для таких психических болезней, как депрессия и соматоформные расстройства (истерия, ипохондрия, соматоформное болевое расстройство). Кроме того, Международная ассоциация по изучению боли рекомендует в случае ХТБ без адекватной по тяжести гинекологической патологии исключать психотические расстройства - маниакально-депрессивный психоз и шизофрению [35].

Психосоматический подход к феномену ХТБ. Анализ данных литературы свидетельствует, что современное понимание проблемы ХТБ не может быть осуществлено в рамках дихотомического подхода, суть которого сводится к представлениям о ХТБ как результате органичного или психического заболевания [15]. Круг психосоматических состояний, возникающих в связи с генеративным циклом женщин (предменструальный, климактерический, посткастрационный синдромы, послеродовая депрессия, инволюционная истерия, синдром "грудсти рожениц") [12, 13, 29], может быть расширен за счет синдрома ХТБ. Когда речь идет о психосоматических отношениях, то целесообразно рассматривать не только психические нарушения, но и почву, на которую они падают. Прежде чем приступить к описанию личности пациенток ХБ, целесообразно обратить внимание на условия ее становления.

Начиная с 50-х годов был введен целый ряд исследований по изучению ранних событий в жизни пациенток с ХБ. Большинство этих исследований основано на психоаналитической теории и является попыткой обнаружить психогенные причины возникновения ХБ. К ним относятся такие факторы, как размер семьи, социокультуральные особенности семьи, отношения с родителями, потеря члена семьи в

раннем детстве, наличие в семье родственника с ХБ или депрессиями.

Sternbach R.A. [56] показал, что первенцы и единственные дети имеют более низкий уровень болевой толерантности, что может быть следствием родительского отношения к ним в раннем детстве в форме гиперопеки и защиты. Hill L. и Blendis L. [33], Gonda T.A. [30] указывают на связь между ХБ и количеством детей в семье. Они полагают, что пациентки с ХБ происходят из многодетных семей, приводя в качестве возможного объяснения следующее наблюдение: в детстве эти дети чаще жаловались на боль, чтобы привлечь внимание родителей.

Merskey H. [44] выдвигал гипотезу о том, что большой размер семьи может обуславливать возникновение ХБ из-за низкого социально-экономического статуса. Вместе с тем эту связь он видел не только в худших условиях жизни, низком уровне медицинских знаний и невысоком качестве медицинского обслуживания. Он предположил, что рабочие по всей вероятности описывают любое свое состояние в терминах физических симптомов, а не психологических. Однако, по данным Gonda T.A. [30], Hill L. и Blendis L. [33], Richards J.S. et al. [51], никакого отличия по социально-экономическим показателям между пациентками с ХБ и без боли обнаружено не было. Хотя всеми авторами признается, что социально-экономические факторы влияют на субъективное переживание боли. Благоприятное окружение, которое обеспечивает поддержку и признание, связано с более низким уровнем боли, чем ситуация ответственности, производственного давления (напряженный рабочий день, нехватка времени, угроза увольнения), перемен в семейной жизни.

Известно, что модель детского поведения во многом зависит от родительского паттерна, в том числе и при болезни. Этот факт может объяснить сооб-

щение о возрастании жалоб на боли в семьях пациентов с ХБ [61]. Turkat I., Rock D. [60] сообщают, что особо значима в этом случае материнская модель поведения. Эта точка зрения нашла подтверждение в работе Edwards P. с соавторами [22], которые обнаружили положительную связь между случаями непостоянной боли у 288 студентов колледжа и встречаемостью ХБ у их матерей. Наряду с высокой частотой хронической боли или болезни у членов семьи пациентов с ХБ интересным является тот факт, что локализация боли сходна с параметрами боли матери или другого близкого родственника [39].

Оказывается, что существуют культуральные различия в восприятии порога болевой чувствительности и болевой толерантности. К примеру, по данным американских исследователей, ирландо-американское население менее эмоционально относится к боли, чем американцы италийского происхождения [56].

Клиническое описание Engel G. личности, "склонной к боли", часто цитируется в литературе. Автор в своем исследовании, ставшем уже классическим, приводит несколько факторов из событий раннего детства пациентов с ХБ. К ним относятся наказания и оскорбления будущих пациентов с ХБ со стороны родителей или дистанцированные, холодные отношения между детьми и матерями. Engel G. описывает людей, "склонных к боли", как депрессивных или пессимистичных, которые сами ставят себя в ситуации, где они могут быть ранены. Переживание неудач порождает у них чувство горя, которое находит свое выражение в болях психогенного происхождения [23]. В более поздних работах мнение Engel G. нашло свое подтверждение. Показано, что пациенты, "склонные к боли", имеют родителей, которые в детстве наказывали, пренебрегали, физически или сексуально травмировали своих детей [48,52]. Матери у этих детей часто описываются как тревожные, критически настроенные, занятые своим собственным эмоци-

ональным состоянием. Как правило, они не умеют распознавать эмоциональные потребности детей, проявлять внимание к ним, предпочитают обращаться к медицинской помощи для разрешения психологических конфликтов.

Вместе с тем следует отметить, что большинство из цитируемых работ оперирует с ретроспективной информацией, полученной в результате интерпретации данных с точки зрения психоаналитической теории и носят описательный характер, что не позволяет считать их безусловно доказательными с современных позиций.

Особый интерес представляют исследования пациенток с хроническими тазовыми болями. Gross R. с соавторами [31] при изучении 25 пациенток с тазовыми болями свидетельствуют, что 20 из этих пациенток происходят из семейств с нарушенными отношениями, в которых происходило насилие. Они также отмечают недостаток материнской теплоты в этих семьях. Кроме того, Gross с соавт. приводят данные о том, что дополнительной проблемой для пациенток с ХБ могли быть сексуальные отношения в возрасте до 20 лет с легальными родственниками. История кровосмешения отмечалась у 36% больных, которых они изучали. Возможность того, что инцест был важным ранним событием для пациенток с ХБ, поддержана Roy R. [52], который сообщает о 2 случаях инцеста из 4 наблюдений. В целом ряде последующих исследований показано, что у женщин с ХБ в сравнении с контрольной группой без боли достоверно чаще наблюдается указание на сексуальную травму в детстве (инцест, изнасилование, повторные малистации) и более высокий уровень соматизации [50,62].

Сексуальную травму в детстве и высокий уровень соматизации, как считают авторы, следует учитывать в качестве факторов риска возникновения ХБ без очевидной причины. Однако исследователи

недостаточно определенно отражают причинно-следственные связи между указанными переменными. Reiter R. С. с соавт. [50] приводят в качестве одного из возможных объяснений следующее: женщины, у которых часто возникают соматические жалобы без физических причин, склонны преувеличивать или выдумывать истории о сексуальных травмах. В таком случае закономерно возникает вопрос о необходимости психиатрического консультирования этих пациенток с целью дифференциальной диагностики соматоформных расстройств.

Обобщая данные относительно боли и родительской семьи пациентов с ХБ, следует заключить, что поиск этиологических факторов дает противоречивые результаты. В литературе встречаются сообщения о родителях, которые наказывали, пренебрегали и оскорбляли пациентов, однако необходимы контролируемые исследования. Показано, что размер семьи, наличие в семьях пациентов родственников с ХБ, социально-экономические условия играют роль в этиологии ХБ. Однако взаимосвязь этих факторов не может быть признана изученной, а результаты исследований носят неоднозначный характер.

Плохие супружеские отношения и отсутствие сексуальной гармонии часто обнаруживаются при изучении брачных отношений пациенток с ХБ. Наиболее ранними исследованиями Gidro-Frank L. и Gordon T. [28] установлено, что пациентки с ХБ неудовлетворены браком, сексуальными отношениями и реже испытывают оргазм в сравнении с контрольной группой женщин без боли. Эти результаты сопоставимы с таковыми при последующих исследованиях [8,44,50].

Исследования сексуального функционирования у ХБ недостаточно определенно отражают причинно-следственные связи между ними. К примеру, некоторые авторы считают половую дисгармонию еще одним признаком внутриличностного конфликта в этой группе пациен-

тов: боль может являться механизмом ухода от сексуальных отношений, которые были неудовлетворительными до начала боли. Между тем *Gidro-Frank и Gordon [28]* на основании результатов своей работы указывают, что половая дисгармония может быть вызвана самой болью. Согласно полученным данным, пациенты с ХБ чаще предпочитают состоять в браке, чем лица из контрольных групп. Кроме того, их браки длятся гораздо дольше, несмотря на супружеские и половые проблемы [44]. Предполагают, что роль больного с ХБ является стабилизирующей для брака.

При интерпретации результатов необходимо учитывать следующее: 1) возможно, что пациентки с ХБ идеализируют свои отношения с супругами до возникновения боли; 2) показатели половой дисфункции у пациенток с ХТБ должны быть сравнены с соответствующими показателями у здоровых; 3) нерешенными остаются вопросы относительно причинно-следственной связи между ХТБ и дисгармонией - половой, супружеской: является сексуальная и супружеская дисгармония результатом ХТБ или она вызвана ими?

На наш взгляд, ответы на эти вопросы не могут быть однозначными. Изучая сексуальные нарушения у пациенток с ХТБ с соматизированными расстройствами ("псевдоним" истерии по МКБ-10), мы обнаружили, что для них характерен широкий спектр сексуальных расстройств. Наиболее часто встречаются снижение люмбрикации, полового влечения и коиталгии. Генез этих нарушений включает психические и физические факторы. В основе коиталгий до интроитуса (введение полового члена во влагалище) лежат невротические механизмы, связанные с переработкой "гени-тальной тревоги" (термин К.Хорни, 1933) - страха перед болью, беременностью, родами. Невротические механизмы также прослеживаются и в случае коиталгий после окончания копулятивного

акта при отсутствии оргазма, обусловленные тревожным ожиданием фрустрации при аноргазмии и враждебностью по отношению к партнеру. Мы полагаем, что у исследованных женщин наряду с психическими травмами имели место внутриличностные конфликты, находящие свое выражение в сексуальных дисфункциях, манипулятивном характере стратегии сексуального поведения. Кроме того, необходимо обратить внимание на явления нарушенной гемодинамики в области малого таза, являющиеся важными условиями развития коиталгий во фрикционном периоде и коиталгий через несколько часов после акта, что является возможным следствием неотреагированного полового возбуждения [17].

Как указано выше, в многочисленных исследованиях отмечается связь депрессивных и тревожных расстройств у пациентов с ХБ. Изученные работы могут быть объединены в 3 основные группы. В первой группе представлена точка зрения авторов, согласно которой депрессия и тревога рассматриваются как самостоятельные психические заболевания, проявления которых маскированы хронической болью. Ученые другой группы считают, что депрессивные и тревожные эмоции являются неотъемлемой составной частью переживания длительной боли. Что касается третьей позиции, то она представлена мнением *Swanson D. [57]*, который полагает, что ХБ представляет собой самостоятельную эмоцию, аналогичную депрессии и тревоге.

Вместе с тем депрессия и тревога не ограничивают спектр эмоционально-негативных состояний. Он может быть расширен за счет представлений о роли гнева и враждебности в генезе чувственного переживания. Установлено, что у пациентов с ХБ гнев является прогностическим показателем боли [24]. На основании интерпретации косвенных данных высказывается пред-

положение о том, что боль может быть результатом переживания чувства гнева. При этом авторы полагают, что гнев не осознается и вытесняется в подсознание, так как является эмоцией, осуждаемой в обществе, особенно у женщин [32]. Вместе с тем эти данные представляют интерес не только в теоретическом плане, но и в практическом для совершенствования методов психотерапевтического лечения больных с хроническими болями.

Безусловно перспективными для понимания феномена ХТБ являются представления о нем, как о расстройстве адаптации. Среди возможных причин дезадаптации указывают на неэффективность копинг-механизмов - механизмов совладания с болью [37,38]. Ряд авторов рассматривают ХБ как патологическое поведение [26,47]. Однако работы, касающиеся взаимосвязи ХТБ и когнитивно-поведенческих аспектов, носят сугубо психологический характер. Продолжение исследования в этом направлении нуждается в комплексном междисциплинарном подходе, с учетом многообразия механизмов хронизации боли.

Место психиатрической помощи в лечении ХТБ. В результате проведенных в течение последнего десятилетия работ удалось сформулировать ряд положений о месте психиатрической помощи в комплексном обследовании и лечении пациенток с ХТБ. Мы полагаем, что каждая пациентка с ХТБ в случае гинекологической патологии, не выявляемой рутинными методами, должна быть предварительно обследована у психиатра или медицинского психолога с целью исключения психической патологии. Речь идет о психических расстройствах, которые маскированы тазовыми болями, или о тех, которые могут существенно повлиять на исход оперативного лечения (тревожно-депрессивные, ипохондрические и истерические расстройства). Принятие стратегически важно-

го решения, особенно о целесообразности радикального хирургического лечения при упорных тазовых болях, также должно приниматься после консультации психиатра [15]. Мировой опыт существования многоотраслевых противоболевых клиник свидетельствует об эффективности комплексного подхода к терапии пациентов ХБ. Учитывая первостепенную значимость психических факторов в хронизации болей, лечение пациенток с ХТБ должно включать наряду с хирургическим лечением психофармакологические и психотерапевтические методы [21].

У всех больных с ХТБ лечение должно проводиться антидепрессантами [4], которые имеют не только тимолептический, но и анальгезирующий эффект за счет серотонинергических и адренергических влияний [14]. Препаратами выбора являются трициклические антидепрессанты (амитриптилин), четырехциклические антидепрессанты (мапротилин), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин) [6, 12, 54]. Препараты назначаются в средних терапевтических дозах на срок не менее 8 недель. Антидепрессанты могут использоваться при монотерапии, а также входить в схему лечения наряду с нестероидными противовоспалительными средствами, транквилизаторами, препаратами кальция [14, 16]. Конкретная тактика назначения лекарств определяется клинико-психопатологическими особенностями пациентки (преобладание тревоги, депрессии) и профилем побочных эффектов антидепрессантов.

Психотерапевтические методы включают релаксационные техники, когнитивно-поведенческий, психодинамический и феноменологический подходы. Основной механизм релаксационных техник (гипноз, аутогенный тренинг, биологическая обратная связь) заключается в снижении уровня тревоги и мышечном расслаблении. Они являются сим-

том-ориентированными методами. В ходе психодинамической терапии работа проводится с внутриличностными конфликтами пациента, происходившими в прошлом. В процесс лечения предлагается включать семейное окружение, которое является либо стабилизирующим, либо деструктивным фактором в течении ХТБ [45]. Когнитивно-поведенческая психотерапия предполагает обучение пациенток набору стратегий, необходимых для совладания с болью. Вполне понятно, что этот подход не ограничивается сугубо бихевиоральными техниками. Когнитивные (мыслительные) процессы включают использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий совладания [46]. Сторонники феноменологического подхода убеждены, что "человек - не арена для решения внутриличностных конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой благодаря научению лепится личность". Пациенты должны осознавать, что с ними происходит, и самостоятельно принимать решение относительно своего поведения и образа жизни. Тем самым ожидается, что происходит коррекция масштаба переживания болезни, осознание "психологических" выгод, извлекаемых из наличия ХТБ, выбираются альтернативные способы решения трудных жизненных ситуаций.

В связи с многообразием лечебных подходов к терапии пациенток с ХТБ большое значение приобретает сравнение различных терапевтических стратегий, направленных на разнообразные патогенетические факторы ХБ, с целью создания оптимальных лечебных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванчакова Н.П. Абдоминальные болевые синдромы при эпилепсии и в структуре депрессии // Психические расстройства в соматической клинике: Сб. науч.

трудов. - СПб., 1991. - С. 26-31.

2. Вейн А.М., Голубев В.Л., Алимова Е.Я. и др. Концепция "ганглионита" в современной вегетологии // Журн. неврол. и психиатрии. - 1990. - №5. - С. 3-7.

3. Вейн А.М., Данилова А.Б. Кардиалгии и абдоминалгии // Р.М.Ж. - 1999. - Т. 7, №9. - С. 428-434.

4. Вознесенская Т.Г. Антидепрессанты в неврологической практике // Депрессия в неврологической практике / А.М.Вейн с соавт. - М., 1998. - С. 28-39.

5. Международная классификация болезней: 10-й пересмотр. - СПб., 1994. - 303 с.

6. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. - СПб., 1995: Мед.информ. агентство. - С. 490-501.

7. Савицкий Г.А. Разрывы связочного аппарата матки как один из ведущих факторов возникновения тяжелых пелвиалгий // Акуш. и гинек. - 1978. - №3. - С. 66-67.

8. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Осипова Е.П. Некоторые вопросы этиологии, патогенеза и терапии хронических тазовых болей в гинекологии. - Л., 1989. - Деп. ВНИИМИ, №17159.

9. Слепых А.С. Атипичные гинекологические операции. - М.: Медицина, 1981. - 256 с.

10. Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. - М., 1992. - 176 с.

11. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. - М.: Медицина. - 1987. - 237 с.

12. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврол. и психиатрии. - 1999. - №4. - С. 4-16.

13. Тювина Н.А., Балабанова В.В. Клиника и принципы терапии психических расстройств у женщин с послеоперационным

- климактерием // Ж. неврол. и психиатр. - 1997. - №2. - С. 19-24.
14. Филатова Е.Г., Вейн А.М. Фармакология боли // Русск.мед.журн. - 1999. - Т.7, № 9. - С. 410-419.
15. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглова И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике - СПб. - 1995. - 149 с.
16. Шкроб Е.О. Абдоминалгический синдром нейрогенной природы (вопросы клиники, патогенеза, лечения): Дис... канд. мед. наук. - М., 1991.
17. Щеглова И.Ю. Изучение особенностей половых дисфункций в структуре соматизированных расстройств у женщин с хронической тазовой болью // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний // Материалы юбилейной научной конференции ВМА. - СПб., 2000. - С. 148-149.
18. Щеглова И.Ю. К вопросу об идиопатических болях у гинекологических больных // Акт. вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. - Материалы XXIII научной сессии НИИ АГ. - СПб., 1999. - С. 167-168.
19. Щеглова И.Ю., Острицкий М.Д. Психиатрические аспекты синдрома тазовых болей // Тез. докл. XIX науч. сессии ИАГ АМН СССР. - Л., 1990. - С. 133-135.
20. Щеглова И.Ю., Острицкий М.Д. Место психиатрической помощи в комплексном обследовании и лечении пациенток с синдромом тазовых болей // Акт. вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. - СПб., 1992. - С. 189-191.
21. Bond M., Hughes A.M. Psychological aspects of chronic pain // Int. Disabil. Studies. - 1987. - Vol. 9, No 1. - P. 23-27.
22. Edwards P., Zeichner A., Kuczmierczyk A., Boczkowski J. Family pain models: the relationships between family history of pain experience // Pain. - 1985. - Vol 21. - P. 379-384.
23. Engel G.L. "Psychogenic" pain-prone patient // Am.J.Med. - 1959. - Vol.26. - P.899-918.
24. Fernandes E., Milburn T.W. Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain // Clin.J.Pain. - 1994. - Vol. 10. - P. 3-9.
25. Forbes K.L. Lower abdominal and pelvic pain in the female: a gynaecological approach // Mod.Medicine Austr. - 1991. - N9. - P. 24-31.
26. Forduce W.E. Behavioural methods for chronic pain and illness. - St. Louis: CV Mosby, 1976.
27. Foy A., Brown R. Chronic lower abdominal pain in gynaecological practice // Update. - 1987. - Vol. 27. - P. 19-25.
28. Gidro-Frank L., Gordon T. Reproductive performance of women with pelvic pain of long duration // Fertil.steril. - 1956. - Vol 7. - P. 440-447.
29. Gitlin M.J., Pasnau R.O. Psychiatric syndroms linked to reproductive function in women: a review of current knowledge // Am.J.Psychiatry. - 1989. - Vol. 146. - P. 1413-1422.
30. Gonda T.A. The relationship between complaints of persistent pain and family size // J.Neurol.Neurosurg.psychiatr. - 1962. - Vol 25. - P. 277-281.
31. Gross R., Doerr H., Caldirola G., Ripley H. Bordeline syndrome and incest in chronic pelvic pain patients // J.Psychiat.Med. - 1981. - Vol 10. - P. 79-76.
32. Hatch J., Schoenfeld L., Boutros N.N. a oth. Anger and hostility in tension-type headache // Headache. - 1991. - Vol. 31. - P. 302-304.
33. Hill L., Blendis L. Physical and psychological evaluation of nonorganic abdominal pain // Gut. - 1967. - Vol 8. - P. 221-229.
34. IASP. International Association for the study of pain, "Pain terms" glossary // Pain. - 1979. - Vol.6. - P. 250.
35. IASP. International Association for the study of pain // Pain. - 1986. - Suppl.3. - PP. 44-48, 175-179.
36. Jenkins P.L. Psychogenic abdominal pain // Gen.Hosp.Psychiatry. - 1991. - Vol. 13, N1. - P. 27-30.
37. Jensen M.P., Turner J.A., Romano J.M., Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature // Pain. - 1991. - Vol 47. - P. 249-283.
38. Keefe F.J., Salley A.N., Lefebvre J.C. Coping with pain: conceptual concerns and future directions // Pain. - 1992. - Vol. 51. - P.131-134.
39. Kreitman N., Sainsbury P., Pearce R., Costain W. Hypochondriasis and depression in outpatients at a general hospital // Brit.J.Psychiatr. - 1965. - Vol. 3. - P. 607-615.
40. Krishnan K., France R., Houpt J. Chronic low back pain and depression // Psychosomatics. - 1985. - Vol. 26. - P. 299-302.
41. Lec R., Stone K., Magelsseer D., Belts K., Benson W. Presacral neuroectomy for chronic pelvic pain // Obstetr.Gynaecol. - 1986. - Vol.68, №4. - P. 517-521.
42. Loizeau E. Clinical problem: painful abdomen // Rev.Med.Suisse Romande. - 1995. - Vol. 115, N4. - P. 303-305.
43. Magni G. On the relationship between pain and depression when there is no organic lision // Pain. - 1987. - Vol. 31. - P. 1-21.
44. Merskey H. The characteristics of persistant pain in psychological illness // J.Psychosom.Res. - 1965. - Vol.9. - P.291-298.
45. Payne B., Norfleet M.A. Chronic pain and the family: a review // Pain. - 1986. - Vol. 26. - P. 1-26.
46. Pearce S. A review of cognitive-behavioural method of chronic pain // J.Psychosom.Res. - 1983. - Vol. 27. - P. 431-440.
47. Pilowsky I., Basset D. Individual dynamic psychotherapy for chronic pain // Chronic pain: psychosocial factors in rebilitation / Eds. R.Roy, E.Tunks. - Baltimore: Williams and Wilkins. - 1982. - P. 107-125.
48. Rapkin A.J. Adhesions and pelvic pain: a retrospective study // Obstetr.Gynecol. - 1986. - Vol. 68. - P. 13-15.
49. Raskin D.E. Diagnosis in patients with chronic pelvic pain (letter to the

editor) // *Am.J.Psychiatr.* - 1994. - Vol. 141. - P. 824.

50. Reiter R., Shakerin L.R., Gambone J., Milburn A.K. Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain // *Am.J.Obstetr. and Gynecol.* - 1991. - Vol. 165. - P. 104-109.

51. Richards J.S., Meredith R.L., Nepomuceno C., Fine P.R., Benett G. Psychosocial aspects of chronic pain in spinal injury // *Pain.* - 1980. - Vol. 8. - P. 355-366.

52. Roy R. Marital and family issues in patients with chronic pain // *Psychother.Psychosom.* - 1982. - Vol. 37. - P. 1-12.

53. Sandier G., Fry J. Early clinical diagnosis. - Lancaster; M.T.Press, 1986. - P. 25-30.

54. Sindrup S.H. Antidepressants in pain treatment // *Nord.J.Psychiatr.* - 1993. - Vol. 47, Suppl.30. - P. 67-73.

55. Soo Keat Khoo. Lower abdominal pain in women // *Patient management* - 1990. - Suppl. - P. 13-23.

56. Sternbach R.A. Pain patient: Traits and Treatment. - N.-Y.: Acad.Press, 1974.

57. Swanson D.W. Chronic pain as a third pathologic emotion // *Am.J.Psychiatr.* - 1984. - Vol. 141. - P. 210-214.

58. Scheglova I.Yu. Sexual disfunction in gynecologic patients with chronic pelvic pain // *Журн. акуш. и женск. б-ней.* - 1999. - №1, спец. вып. - С. 138.

59. Szczeglowska I., Solowjowa S. Charakterystyka depresji u kobiet z chronicznymi bolami miednicowymi // *Jakosc zycia w zdrowiu i chorobie.* - XI Ogolnopolskie sympozjum, sekcji medycyny psychosomatycznej. - Kolobrzeg, 1995. - S.10.

60. Turkat I., Rock D. Parental influences of illness behaviour development in chronic pain and healthy individuals // *Pain.* - 1984. - Suppl. - No 2. - P. 15.

61. Violon A. The process involved in becoming a chronic patient // *Chronic pain: psychosocial factors in rehabilitation* /Eds. R.Roy, E. Tunks. - Baltimore: Williams and Willkins, 1982. - P. 20-35.

62. Walker E., Katon W., Harrop-Griffiths J. a. oth. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse // *Am.J.Psychiatry.* - 1988. - Vol. 145. - P. 75-80.