

9. Чайка А.В., Носенко Е.Н., Гурьянов В.Г., Белоусов О.Г., Оразов М.Р. Математическая модель диагностики аденомиоза матки, основанная на трансвагинальных эхографических критериях // Медико-социальные проблемы сімї – 2014 – Т.19, No.2 – С. 69 – 77.
10. Exacoustos C., Malzoni M., Di Giovanni A., Lazzeri L., Tosti C., Petraglia F., Zupi E. Ultrasound mapping system for the surgical management of deep infiltrating endometriosis. Fertility and Sterility – 2014. – Vol.102, No.1. – P. 143 – 150.e2
11. Vimercati, A., Achilarré, M.T., Scardapane, A., Lorusso, F., Ceci, O., Mangiatordi, G. et al. Accuracy of transvaginal sonography and contrast-enhanced magnetic resonance colonography for the presurgical staging of deep infiltrating endometriosis. Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 40 – P. 592 – 603.
12. Holland, T.K., Cutner, A., Saridogan, E., Mavrelou, D., Pateman, K., Jurkovic, D. Ultrasound mapping of pelvic endometriosis: does the location and number of lesions affect the diagnostic accuracy? A multicentre diagnostic accuracy study. BMC Womens Health. – 2013. – Vol. 13. – 43
13. Fratelli, N., Scioscia, M., Bassi, E., Musola, M., Minelli, L., and Trivella, G. Transvaginal sonography for preoperative assessment of deep endometriosis. J Clin Ultrasound. – 2013. Vol. 41 – P. 69 – 75.
14. Hudelist, G., Ballard, K., English, J., Wright, J., Banerjee, S., Mastoroudes, H. et al. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 37 – P. 480 – 487.
15. Saba, L., Sulcis, R., Melis, G.B., Ibba, G., Alcazar, J.L., Piga, M. et al. Diagnostic confidence analysis in the magnetic resonance imaging of ovarian and deep endometriosis: comparison with surgical results. Eur Radiol. – 2014. – Vol. 24 – P. 335 – 343.
16. Kruger, K., Behrendt, K., Niedobitek-Kreuter, G., Koltermann, K., Ebert, A.D. Location-dependent value of pelvic MRI in the preoperative diagnosis of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2013 – Vol.169 – P. 93 – 98.
17. Di Giovanni A, Casarella L, Coppola M, Iuzzolino D, Rasile M, Malzoni M. Combined Transvaginal/Transabdominal Pelvic Ultrasonography Accurately Predicts the 3 Dimensions of Deep Infiltrating Bowel Endometriosis Measured after Surgery: A Prospective Study in a Specialized Center. J Minim Invasive Gynecol. – 2018 – Vol. 25 – P. 1231 – 1240.

УДК 618.132-009.7+159.9

Г.В. Былым, О.В. Носкова, Е.В. Литвинова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТАЗОВОЙ БОЛИ В ГИНЕКОЛОГИИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Аннотация. Изучено состояние психологического статуса клиничко-психологическими методами исследования у 57 женщин репродуктивного возраста с хронической тазовой болью на фоне различных форм генитального эндометриоза. Установлена зависимость выраженности нарушений психологического статуса от степени тяжести заболевания. Женщины с хронической тазовой болью на фоне генитального эндометриоза отличаются эмоциональная лабильность, психологическая незрелость, стрессодоступность, высокий уровень невротизации, тревожно-депрессивный стиль переживаний. Личностная дезадаптация в виде страха, повышенной тревожности, реактивной депрессии имеют место при тяжелом течении заболевания. Полученные данные говорят о необходимости обследования психологического статуса женщин с хронической тазовой болью на фоне генитального эндометриоза.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, эндометриоз, психологический статус

Актуальность работы. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (International Association of Study of Pain — IASP) хроническая тазовая боль (ХТБ) представляет собой самостоятельное заболевание, проявляющееся постоянными болями в нижних отделах живота и пояснице в течение 6 месяцев и более [1]. В настоящее время около 20%

эндоскопических вмешательств в гинекологической практике проводится по поводу тазовых болей [2]. ХТБ давно признана в качестве основного клинического симптома генитального эндометриоза [5]. Известно, что нейрофизиологическая классификация боли включает такие ее варианты, как ноцицептивный и неноцицептивный, включая нейропатический. Ноцицептивная боль возникает при раздражении периферических болевых рецепторов — «ноцицепторов». Как правило, она имеет четкую локализацию, в лечении хороший терапевтический эффект можно получить при назначении анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств (НПВП). Иногда ноцицептивная боль может сочетаться с вегетативными симптомами [6] (учащенное и болезненное мочеиспускание, усиленная перистальтика кишечника, депрессивные и тревожные нарушения). Нейропатический вариант боли обусловлен поражением нервной системы, как периферической, так и центральной, спинного и головного мозга, нервов, их корешков и сплетений [7]. Нейропатическая боль может длиться годами,

носить мучительный характер, приводя к значительному снижению качества жизни и социальной дезадаптации женщины. Как правило, она резистентна к стандартной терапии с применением НПВС. Считается, что боль при эндометриозе имеет мультифакториальную природу [8, 9]. Она обусловлена воспалением, рубцово-спаечным процессом, нарушением структуры нервов вследствие глубокой инвазии эндометриозидных эктопий, а также развитием их собственной иннервации [10]. Эндометриоз вызывает нарушения репродуктивной функции, наносит физический и моральный ущерб наиболее активной части женского населения, ухудшает качество жизни, может приводить к инвалидизации. В структуре гинекологических заболеваний занимает 3-е место после воспалительных процессов и миомы матки. Обнаруживается более чем у 27,6–50% женщин, страдающих бесплодием [11, 12]. Для эндометриоза характерно длительное, нередко прогрессирующее течение. Ведущими симптомами заболевания являются боли, нарушения менструальной функции. При эндометриозе длительно существующие клинические проявления заболевания вызывают у больных генерализованные расстройства вегетативной нервной системы в виде психовегетативного синдрома, который проявляется изменениями вегетативного и психологического статуса [13,14]. Изучение психологического статуса у женщин с хронической тазовой болью, обусловленной эндометриозом, послужило поводом для нашей работы с целью дальнейшей разработки лечебно-профилактических мероприятий для коррекции психоэмоционального состояния.

Цель исследования — выявление особенностей психологического статуса женщин с хронической тазовой болью на фоне генитального эндометриоза в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 57 женщин с различными формами генитального эндометриоза в возрасте от 21 до 44 лет. Диагноз заболевания подтвержден на основании данных гинекологического осмотра, микробиоценоза генитального тракта, гормонального фона, гистероскопии, УЗИ, лапароскопии, гистологического исследования биопсийного и операционного материала.

Контрольную группу составили 45 здоровых женщин того же возрастного диапазона. Для оценки психологического статуса пациенток применялся психодиагностический стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (модифицированный тест ММРП) адаптированный и интерпретированный Л.Н. Собчик. Для изучения уровня ситуационной и личностной тревожности использован метод Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным. Психоэмоциональное состояние и определение степени психоэмоционального напряжения определялся с помощью автоматизированной системы клинико-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике [15].

Результаты и обсуждение. Женщины контрольной и исследуемой групп не имели достоверных различий по возрастному, профессиональному признаку, социальному и семейному статусу. Среди женщин, страдающих эндометриозом в процессе обследования внутренний эндометриоз установлен у 39 (68,4%) больной, сочетание внутреннего и наружного эндометриоза у 16 (28%) и наружный эндометриоз диагностирован у 2 (3,5%) пациенток. Средний показатель продолжительности заболевания у женщин с различными формами генитального эндометриоза составил $6,7 \pm 1,3$ лет. Все женщины предъявляли жалобы на хронические тазовые боли, нарушения менструальной функции по типу дисменореи 46 (80,1%), гиперполименореи 47 (82,4%), пред- и постменструальные кровянистые выделения из половых путей 42 (73,7%), диспареунию 50 (87,7%). У исследуемых больных было выявлено значительное преобладание, так называемой, «невротической» симптоматики. Почти у половины больных имелись признаки нарушений в эмоциональной сфере. Отметим частоту тревог 45 (79%), страхов 39 (68,4%), суточные колебания настроения 33 (58%), указывающие на эмоциональную лабильность. У женщин исследуемой группы было больше, чем в контрольной группе психотравмирующих ситуаций дома, на работе 35 (61,4%) и связанных с партнерскими отношениями 22 (38,5%) При оценке клинических шкал усредненный профиль СМЛ у женщин исследуемой группы находился в пределах «условной нормы», но достоверно отличался от такового у прак-

тически здоровых женщин по показателям шкал («сверхконтроля»), («пессимистичности»), («эмоциональной лабильности») и («женственности») с преобладанием показателей по шкале «пессимистичности». Сравнительный анализ психологических нарушений показал, что у лиц с тяжелым течением заболевания выявлено состояние личностной дезадаптации наряду с ростом показателей профилей СМИЛ по шкалам: («пессимистичности»), («эмоциональной лабильности»), («импульсивности»), («тревожности»), снижение уровня Т баллов по шкалам («женственности») и («оптимистичности»). С помощью метода Спилбергера проведена оценка ситуационной и личностной тревожности, от которых зависит уровень интенсивность психовегетативного реагирования. Данные о ситуационной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности свидетельствуют, что средний уровень СТ у женщин исследуемой группы был выше, чем в контрольной и составил $39,5 \pm 1,9$ балла ($p < 0,01$). При этом показатели СТ колебались в пределах от 23 до 64 баллов. У 47,9% женщин выявлен высокий уровень тревожности, что достоверно чаще по сравнению с контрольной группой (19,6%, $p < 0,05$). В исследуемой группе средний уровень ЛТ был выше, чем в контрольной и составил $45,7 \pm 1,9$ балла ($p < 0,01$). Показатели личностной тревожности находились в пределах от 20 до 60 баллов. При этом у 33 (58%) пациентки имелся высокий уровень ЛТ, что наблюдалось значительно чаще, чем в контрольной группе 12 (26,7%, $p < 0,05$). Анализ уровней ЛТ и СТ у женщин исследуемой группы в зависимости от степени тяжести заболевания показал, что при тяжелой форме заболевания происходило повышение этих показателей, хотя сопоставление средних данных не выявило существенной разницы ($p > 0,05$). При анализе выявлено, что у большинства женщин с тяжелым течением заболевания преобладали высокие уровни ЛТ 37 (64,9%) и СТ 32 (56,1%), что чаще по сравнению с легкими формами заболевания ($p < 0,05$). Среди гинекологических заболеваний, в основе которых лежит недостаточность лютеиновой фазы и сопровождающихся психовегетативными нарушениями эндометриоз занимает ведущее место. В основе разнообразия многих физиологических и патологических реакций организма в ответ на различные

воздействия лежат особенности личности данного субъекта, особенности его реагирования на ту или иную ситуацию. У данного контингента женщин было больше, чем в контрольной группе, психотравмирующих ситуаций в детском возрасте и на момент обследования, служивших причиной психоэмоционального напряжения. По-видимому, конфликтные ситуации, возникающие в семье, создают постоянное психоэмоциональное напряжение. В этих условиях у ребенка, эмоционально вовлекаемого в конфликт, формируется чувство беспомощности. Считают, что в таких случаях может формироваться так называемая обученная беспомощность. При тех или иных трудных ситуациях у человека на основании прошлого опыта строится прогноз, что ситуация и мне разрешима и возникает состояние беспомощности, которое снижает толерантность к стрессу. Подтверждением этого является выявленная у женщин с данной патологией отягощенность анамнеза психотравмирующими ситуациями, большинство которых было связано с сопутствующим бесплодием. Анализ жалоб у обследованных больных выявил значительное преобладание «невротических» симптомов. Почти у половины обследованных женщин имелись признаки нарушений в эмоциональной сфере. Для объективизации и уточнения клинических данных использовалось психодиагностическое тестирование. Оценка параметров «СУ-ПОС-8» показала, что женщин с данной гинекологической патологией отличает высокий уровень невротизации, ипохондрическое состояние, эмоциональная лабильность, признаки эмоциональной незрелости, защитный механизм по типу «бегства в болезнь», реактивная депрессия и депрессивный тип реагирования в ситуации стресса, высокая сенситивность. Сравнительный анализ динамики психологических нарушений показал, что у женщин с тяжелым течением заболевания выявлено состояние личностной дезадаптации, которое сопровождалось нарастанием депрессивных расстройств, эмоционально-поведенческими реакциями, повышенной чувствительностью к средовым влияниям, тревожностью, сниженным настроением. Высокий уровень ситуационной и личностной тревожности был подтвержден результатами методики Спилбергера. Психологические нарушения могут

быть следствием стойкой «невротизации» личности психотравмирующими ситуациями, когда компенсирующая роль защитного механизма по типу «ухода в болезнь» перерастает в устойчивый неконструктивный стиль переживаний, создающий выраженную эмоциональную напряженность [16]. Те же нарушения могут быть обусловлены тяжелым течением самого заболевания, т.к. выявлена зависимость психоэмоциональных нарушений от степени тяжести заболевания. Для развития психосоматических расстройств важны особенности личности: высокая стрессодоступность, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость. Проведенные нами исследования не позволяют однозначно судить о «первичности» выявленных у больных эндометриозом «невротических» расстройств. Личностные особенности больных: повышенная чувствительность к средовым влияниям, мнительность, ранимость, тревожность, психологическая незрелость, эмоциональная лабильность — определяют сниженную устойчивость к стрессам, насыщенность анамнеза психотравмирующими ситуациями, высокий уровень невротизации. Депрессивный тип реагирования, сниженный фон настроения, склонность к страхам, ипохондрическим состояниям, очевидно, способствуют развитию эмоциональных нарушений и определяют степень их выраженности. Женщин с эндометриозом отличает эмоциональная лабильность, психологическая незрелость, стрессодоступность, высокий уровень невротизации, тревожно-депрессивный стиль переживаний. Личностная дезадаптация в виде страха, повышенной тревожности, реактивной депрессии имеют место при тяжелом течении эндометриоза. Полученные данные говорят о необходимости исследования с психоэмоционального состояния у женщин с ХТБ на фоне генитального эндометриоза.

G.V. Bylym, O.V. Noskova, E.V. Litvinova

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PELVIC PAIN IN GYNECOLOGY

Abstract. Studied the psychological status of clinical-psychological methods of the study, 57 reproductive-

aged women with chronic pelvic pain on a background of various forms of genital endometriosis. The dependence severity of disorders of psychological status, the degree of severity of the disease. Women with chronic pelvic pain on a background of endometriosis is characterized by emotional lability, psychological immaturity, stress tolerant, a high level of neuroticism, anxiety and depressive style experiences. The personal maladjustment in the form of fear, anxiety, reactive depression with severe disease. The obtained data indicate necessity of examination of the psychological status of women with chronic pelvic pain on a background of endometriosis.

Key words: chronic pelvic pain, endometriosis, psychological status

ЛИТЕРАТУРА

1. Flor H, Turk DC. Chronic pain: An Integrated Biobehavioral Approach. Inform a Health care Publishing Group. 2011;20(1):117-8.
2. Абдуллаева У.А., Ищенко А.И., Озген Д. Актуальные вопросы лечения наружного генитального эндометриоза с хроническими тазовыми болями // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 1. – С. 41–45
3. Адамян Л.В., Яроцкая Е.Л. Генитальный эндометриоз: дискуссионные вопросы и альтернативные подходы к диагностике и лечению // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – № 3. – С. 103–112.
4. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. FertilSteril.2008;90:260-9.
5. Ярмолинская М.И. Генитальный эндометриоз: влияние гормональных, иммунологических и генетических факторов на развитие, особенности течения и выбор терапии: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – Сб, 2009.
6. Cervero F, Laird JMA. Visceral Pain.TheLancet. 1999; 353:2145-2148. doi: 10.1016/s0140-6736(99)01306-9.
7. Данилов А.Б. Нейропатическая боль. – М.: Нейро-медиа, 2004. – 60 с.
8. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. Science. 2005;308:1587-9. doi:10.1126/science.1111445.
9. Giudice LC, Bulun LC. Endometriosis. Engl J Med. 2009;360:268-79. doi: 10.1056/NEJMra0804690.
10. Tulandi T, Felemban A, Chen M. Nerve fibers and histopathology of endometriosis-harb or ingperitoneum. Gynecol Laparosc. 2001;8:95-8. doi:10.1016/S1074-3804(05)60556-7.
11. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: Мед. информ. агентство, 1997.-768 с.
12. Серов В.Н. и др. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии. – М.: Русфармамед, 1995.-427 с.
13. Баскаков В.П. и др. Эндометриодная болезнь. – СПб: «ООО Издательство Н-Л», 2002.-452 с.
14. Неврология для врачей общей практики. / Под ред. Вейна А.М. – М.: ЭйдосМедиа, 2001.-504 с.
15. Астахов В.М., Максименко Ю.Б. Автоматизация клинико-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике – Донецк: Новый мир, 1996. – 84 с.
16. Старцева Н.В. Эндометриоз как новая болезнь цивилизации. – Пермь, 1997.-179 с.