

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии

Влияние хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста на уровень психосоциального стресса

Канд. мед. наук Джеломанова О.А.

Канд. мед. наук, доц. Слюсарь-Оглух Т.И.

Канд. мед. наук, доц. Бабенко-Сорокопуд И.В.

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является серьёзной проблемой женского здоровья, как правило,

- имеет негативное влияние на качество жизни женщины,**
- часто связан с когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными нарушениями**

[М. Р. Оразов и др., 2016; A. A. Ayorinde et al. 2015; A. Shrikhande et al. 2021; K. Nicolson, G. Gillespie, 2022]



The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises

Международная ассоциация по изучению боли International Association for the Study of Pain (IASP) определяет боль как «неприятное, сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или напоминающее то, что связано с ним», и далее заявляет, что боль – это личное переживание, на которое в той или иной степени влияют биологические, психологические и социальные факторы, является сигналом того, что в организме происходят какие-то изменения

None of the authors have expressed conflicts directly related to this manuscript. SNR is a consultant for Allergan, Lexicon Pharmaceuticals, and Takeda. SNR is also a consultant for the project PainCare, an EU public-private consortium, and the companies involved are Grunenthal, Bayer, Eli Lilly, Esteve, and Tera. NBF has been a consultant for Mitsubishi Tanabe Pharma, Merck, Almirall, and NeuroPN. MR has received research grant funding from Merck.

¹³Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington, Seattle, WA 98195

¹⁴Department of Psychology and Neuroscience, Dalhousie University, 1355 Oxford St, Halifax, Nova Scotia, Canada

¹⁵Director and Professor, Multidisciplinary Pain Center, Aichi Medical University, 1-1 Karimata, Yazako, Nagakute, Japan

¹⁶PhD Candidate, School of Rehabilitation Therapy, Queen's University, 31 George Street, Kingston, Ontario, Canada

Abstract

The current IASP definition of pain as “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” was recommended by the Subcommittee on Taxonomy and adopted by the IASP Council in 1979. This definition has become accepted widely by health care professionals and researchers in the pain field and adopted by several professional, governmental, and nongovernmental organizations, including the World Health Organization. In recent years, some in the field have reasoned that advances in our understanding of pain warrant a re-evaluation of the definition and have proposed modifications. Therefore, in 2018, the IASP formed a 14-member, multinational Presidential Task Force comprising individuals with broad expertise in clinical and basic science related to pain to evaluate the current definition and accompanying note and recommend whether they should be retained or changed. This review provides a synopsis of the critical concepts, the analysis of comments from the IASP membership and public, and the committee’s final recommendations for revisions to the definition and notes, which were discussed over a 2-year period. The task force ultimately recommended that the definition of pain be revised to “An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage,” and that the accompanying notes be updated to a bulleted list that included the etymology. The revised definition and notes were unanimously accepted by the IASP Council early this year.

“Scientific and medical definitions are tools. Even when we recognize them as imperfect or provisional, awaiting replacement by an improved version, they perform work that cannot be accomplished by less precise instruments.”

David B. Morris [27]

1. Introduction

In 1978, after two years of deliberations, the International Association for the Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy, chaired by Professor Harold Merskey and including representatives from diverse specialties, recommended definitions of “Pain Terms” to the IASP Council [19]. The subcommittee’s recommendations, which were strongly endorsed by then IASP president John J. Bonica and approved by the Council over four decades ago, included the current IASP definition of pain [7]. Pain was defined as “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (Text box 1). In the accompanying editorial, John Bonica

- По данным зарубежных исследователей частота хронической тазовой боли среди женщин во всем мире варьирует в диапазоне от 6 до 31 %

[A. Ahangari, 2014; E. Díaz-Mohedo et al., 2014; A. A. Ayorinde et al., 2015]

- Причём около 14 % страдают СХТБ в течение жизни

[A. Shrikhande [et al., 2021]

- Частота СХТБ среди женщин репродуктивного возраста варьирует от 15 до 34 %

[M. M. Alfonsin et al., 2019]

- Российские учёные при анализе литературных данных для выявления предикторов хронической тазовой боли сделали вывод, что наибольшая вероятность возникновения тазовой боли у женщин в возрасте 30–50 лет, в то время как в менопаузальном периоде риск снижается

[О. И. Загорулько и др., 2023]

- **Учёные Великобритании на основании проведённого эпидемиологического исследования, в которое были отобраны более двух тысяч респондентов, также сообщили о более высоком шансе хронической тазовой боли среди женщин репродуктивного возраста, чем в пострепродуктивном периоде жизни (ОШ 2,43; 95 % ДИ 1,69–3,48)**

[A. A. Ayorinde et al., 2017]

- **Поперечным исследованием, проведённым испанскими учёными, было установлено, что частота хронической тазовой боли составила 23 % в общей популяции. Причём риск симптомов для женщин выше по сравнению с мужчинами (30,9 % против 15,6 %; RR 1,97; 95% ДИ 1,53–2,55; $p < 0,001$, что указывает на генетические, гормональные, социокультурные, экологические и антропологические факторы**

[E. Díaz-Mohedo et al., 2014]

- **Неоднозначная этиология, многообразие клинических проявлений делают тазовую боль одной из важнейших медицинских проблем**

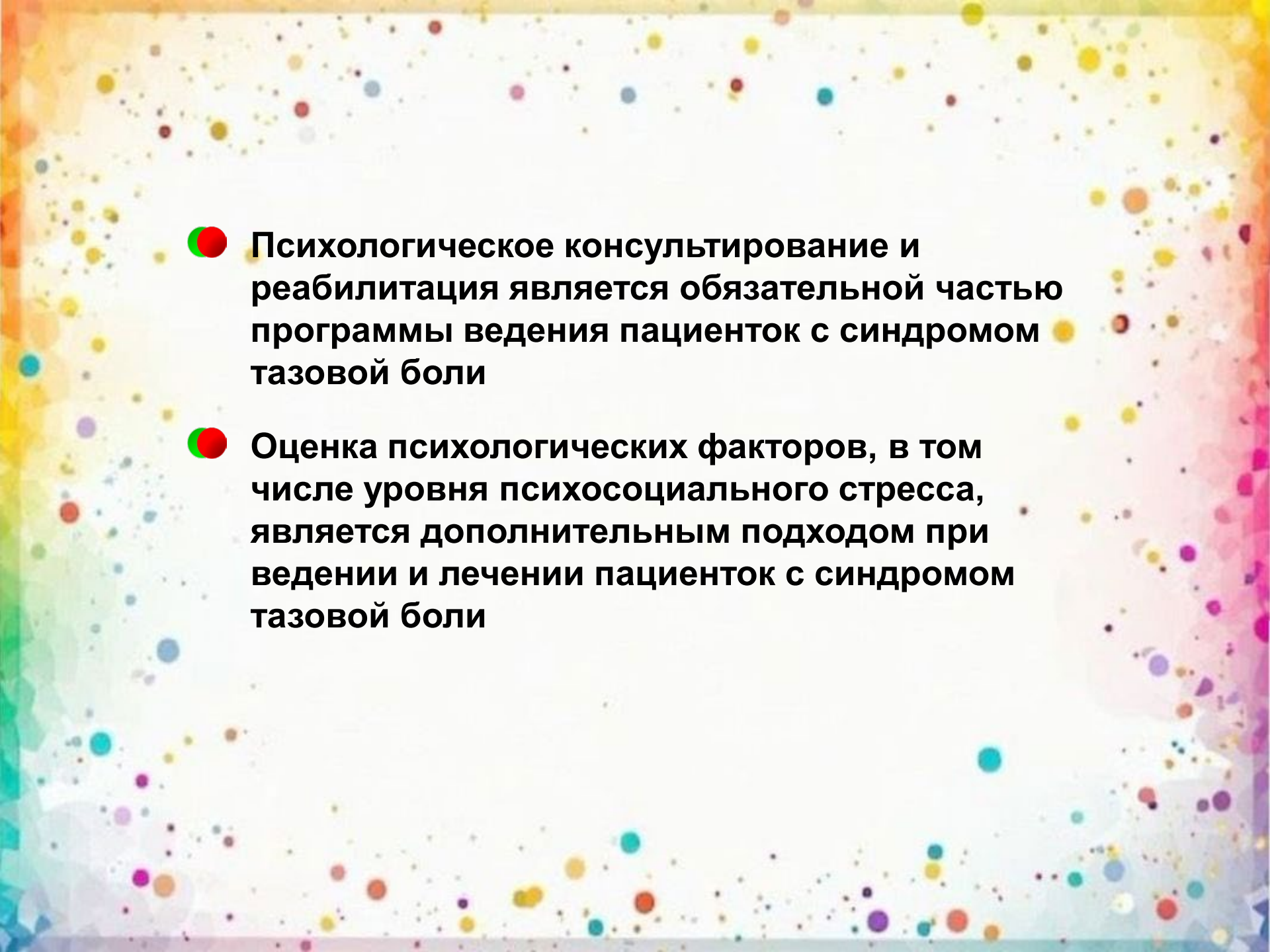
[А. Н. Баринов, 2015; В. Ф. Беженарь и др., 2016; В. Е. Радзинский и др., 2022]

- **В возникновении и хронизации болевого синдрома важную роль играет психоэмоциональный фактор**

[Н. И. Тапильская и др., 2021; И. В. Игнатко и др., 2023;
А. А. Ayorinde et al., 2015; М. В. Passavanti et al., 2017; С. Bao et al. 2019;
V. M. E. Siqueira-Campos et al., 2019; K. Grinberg et al., 2020]

- **Довольно часто бывает, что невозможно однозначно решить вопрос о возникновении психоэмоциональных нарушений на фоне хронической тазовой боли или данные нарушения существовали раньше, до клинических проявлений заболевания**

[И. В. Игнатко и др., 2023; В. Berghmans, 2018; K. Nicolson, G. Gillespie, 2022]

- 
- **Психологическое консультирование и реабилитация является обязательной частью программы ведения пациенток с синдромом тазовой боли**
 - **Оценка психологических факторов, в том числе уровня психосоциального стресса, является дополнительным подходом при ведении и лечении пациенток с синдромом тазовой боли**

Цель исследования

Оценка проявления хронического болевого синдрома и психосоциальных изменений у женщин репродуктивного возраста с тазовой болью и анализ их взаимосвязи

Группы исследования



**Пациентки с синдромом
хронической
тазовой боли
(n=54)**



**Женщины
без тазовой боли
(n=52)**

Методы исследования

Оценка боли

Визуальная аналоговая шкала (**ВАШ**)

Оценка психосоциального состояния

Шкала психосоциального стресса Л.Ридер
в модификации О.С.Копиной

Госпитальная шкала **тревоги и депрессии**
(Hospital **Anxiety and Depression Scale, HADS**)

Статистический анализ данных

«Проверка распределения на нормальность»
(критерий Шапиро-Уилка)

Сравнение количественных показателей
(критерий Манна-Уитни)

Сравнение качественных признаков
(критерий χ^2 Пирсона)

Отношение шансов – ОШ (95% ДИ)

Анализа связи между показателями
(коэффициент ранговой корреляции Спирмена r_s)

Просим Вас помочь нам, заполнив данную анкету. Данные будут обрабатываться анонимно, конфиденциальность гарантируется. Ответьте на каждый вопрос — обведите утвердительный ответ (например, ☉) или отметьте каким-либо знаком (например, ✓, ✕). Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение. **Заполните листы с двух сторон!**

Разместите, линию, перпендикулярно пересекающую визуальную аналоговую шкалу в той точке, которая соответствует интенсивности Вашей боли



Далее, отвечая на каждый вопросы, обведите утвердительный ответ (обведите одну цифру)

- | | |
|--|---|
| 1. Я испытываю напряжение, мне не по себе
3 все время
2 часто
1 время от времени, иногда
0 совсем не испытываю | 1. То, что принесло мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
0 определенно, это так
1 наверное, это так
2 лишь в очень малой степени это так
3 это совсем не так |
| 2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться
3 определенно это так, и страх очень велик
2 да, это так, но страх не очень велик
1 иногда, но это меня не беспокоит
0 совсем не испытываю | 2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
0 определенно это так
1 наверное, это так
2 лишь в очень малой степени это так
3 совсем не способен |

3. Беспокойные мысли крутятся в голове
3 постоянно
2 большую часть времени
1 время от времени и не так часто
0 только иногда

4. Я легко могу сесть и работать
0 определенно это так
1 наверное, это так
2 лишь изредка это так
3 совсем не могу

5. Я испытываю внутреннюю дрожь
0 совсем не испытываю
1 иногда
2 часто
3 очень часто

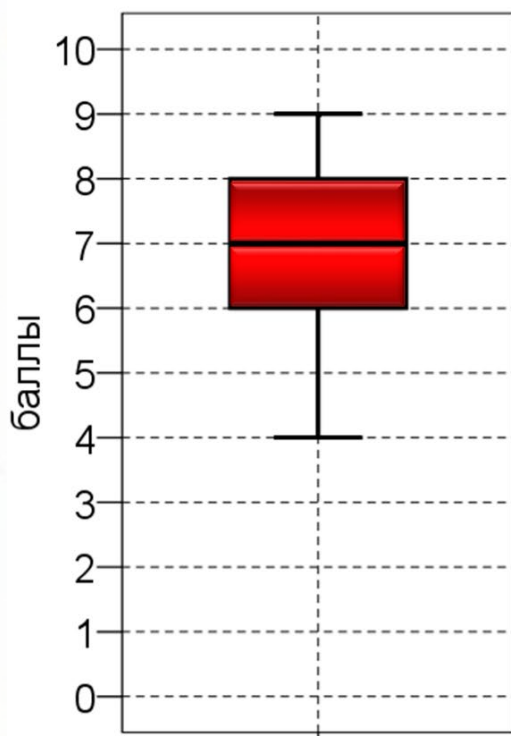
Насколько Вы согласны в настоящий момент с каждым из перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Нет, не согласен
1. Пожалуй, я человек нервный	1	2	3	4
2. Я очень беспокоюсь о своей работе	1	2	3	4
3. Я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
4. Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение	1	2	3	4
5. Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
6. К концу дня я совершенно истощен физически и психически	1	2	3	4
7. В моей семье часто возникают напряженные отношения	1	2	3	4

Далее, отвечая на каждый вопросы, обведите утвердительный ответ (обведите одну цифру)

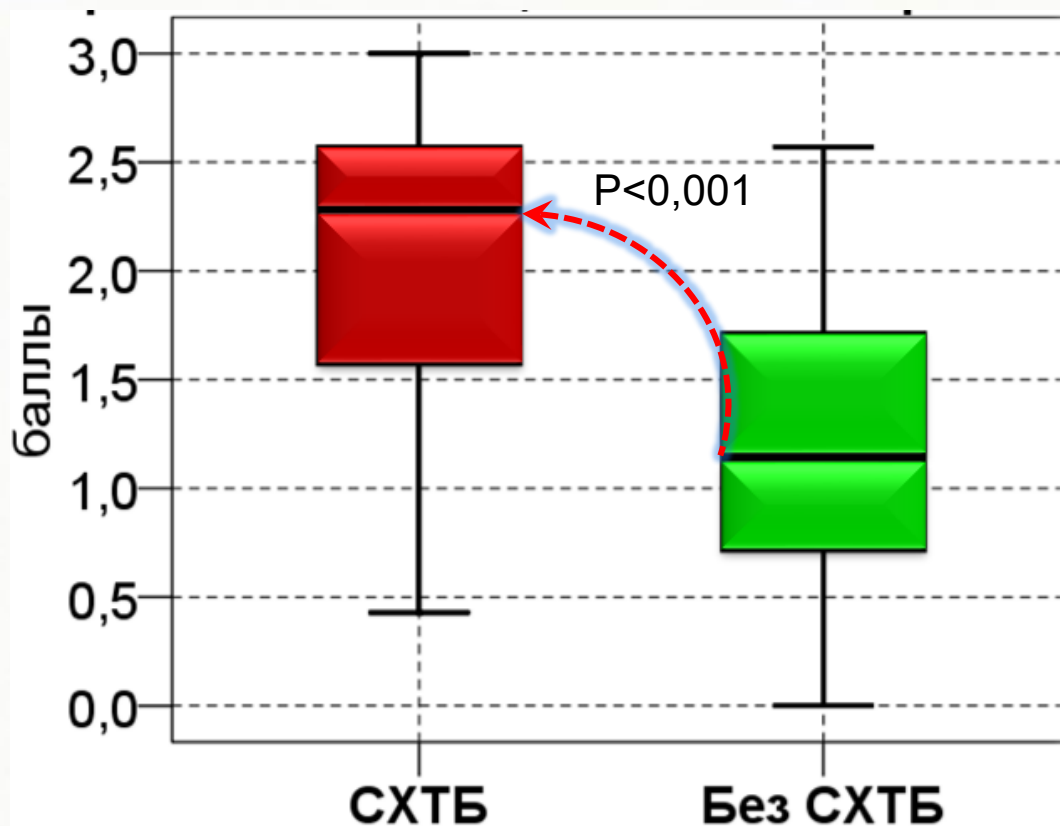
- | | | |
|--|--|---|
| 6. Я испытываю неуверенность
3 постоянно нужно двигаться
2 определенно это так
1 наверное, это так
0 совсем не испытываю | 1. Время засыпания:
5 мгновенно
4 недолго
3 средне
2 долго
1 очень долго | 4. Качество сна:
5 отлично
4 хорошо
3 средне
2 плохо
1 очень плохо |
| 7. У меня бывает внезапное пробуждение
3 очень часто
2 довольно часто
1 не так уж часто
0 совсем не бывает | 2. Продолжительность сна:
5 очень долгий
4 долгий
3 средний
2 короткий
1 очень короткий | 5. Количество сновидений:
5 нет
4 временами
3 умеренно
2 множественные
1 тревожные |
| | 3. Количество ночных пробуждений:
5 нет
4 редко
3 нечасто
2 часто
1 очень часто | 6. Качество утреннего пробуждения:
5 отлично
4 хорошо
3 средне
2 плохо
1 очень плохо |

Оценка боли по визуальной аналоговой шкале



Интенсивность боли по ВАШ пациентки с СХТБ обозначали от 4 до 9 баллов, медиана составила 7 (6; 8) баллов. При градации степени тяжести боли отмечено, что сильную боль имели две трети респондентов, а умеренную боль – одна треть

Уровень психосоциального стресса (Л. Ридер)

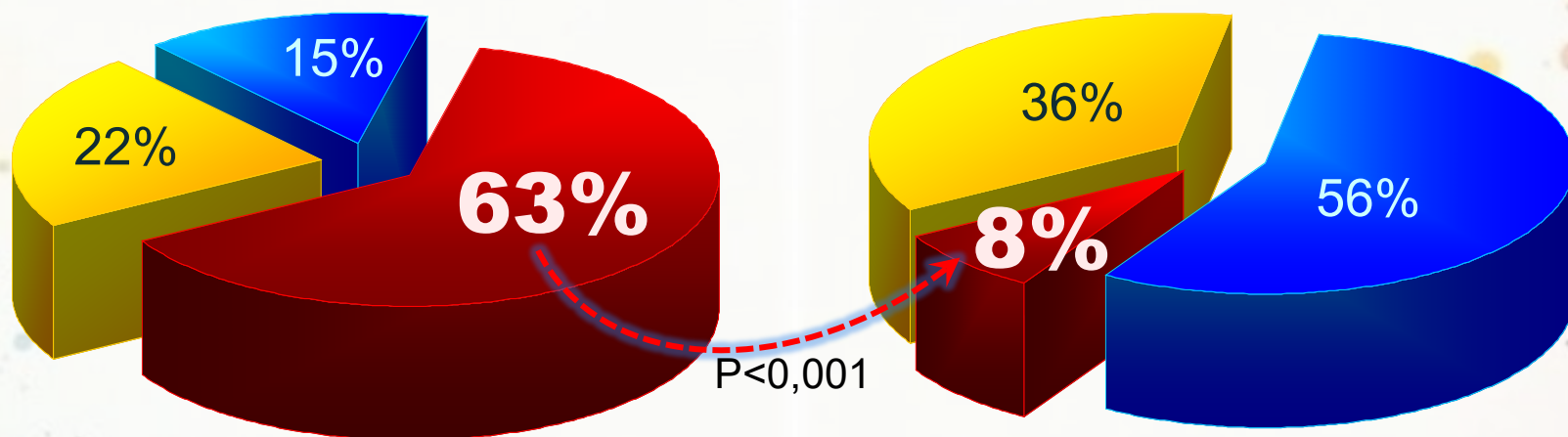


Испытание постоянной боли является стрессовым фактором для женщин с СХТБ. Поэтому для выявления особенностей психоэмоционального состояния у этих женщин одним из методов психологической диагностики была шкала психосоциального стресса по Л.Ридер. Проведённое обследование пациенток позволило установить, что уровень психосоциального стресса у женщин с СХТБ был статистически значимо выше, чем у женщин без такой патологии

Уровень психосоциального стресса (Л. Ридер)

**Синдром хронической
тазовой боли**

Без СХТБ



 **низкий**

 **средний**

 **высокий**

При распределении показателей в зависимости от степени стресса, отмечено, что количество обследованных пациенток с высоким уровнем стресса, при котором существует необходимость получения психологической поддержки, статистически значимо чаще было зарегистрировано в группе с СХТБ, чем у женщин без отягощённого анамнеза

Высокий уровень стресса —

комплекс физиологических и эмоциональных адаптационных реакций, возникающих в результате избыточного воздействия на организм и сознание человека психосоциальных факторов

Возможные психологические проявления стрессового состояния:

- Нарушение работы жизненно важных систем, в том числе резкое снижение иммунитета
- Общее беспокойство и недовольство жизнью, своим социальным статусом и занимаемой должностью
- Внутренняя суета, принятие импульсивных, поспешных, необдуманных решений
- Раздражительность, агрессивность, нетерпимость к окружающим, приступы необоснованного гнева
- Ухудшение концентрации внимания и памяти

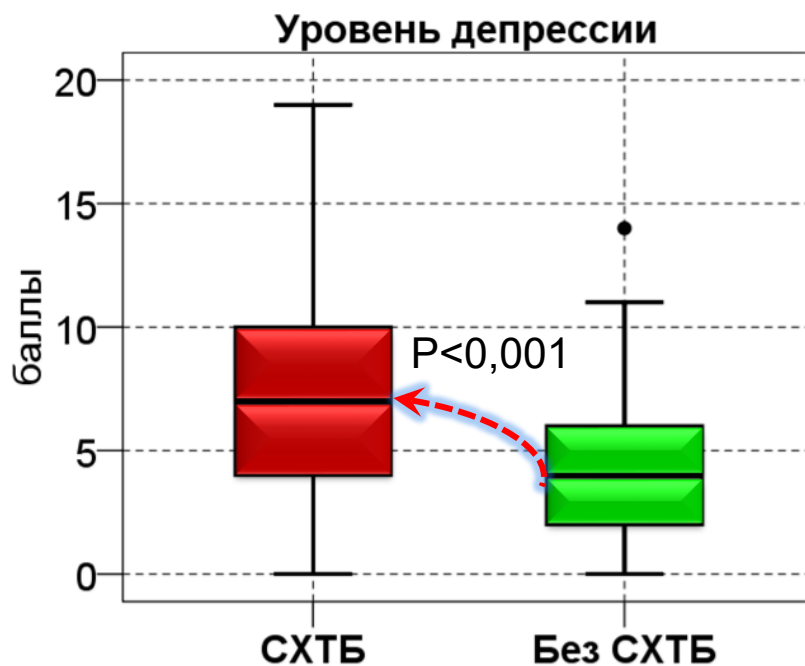
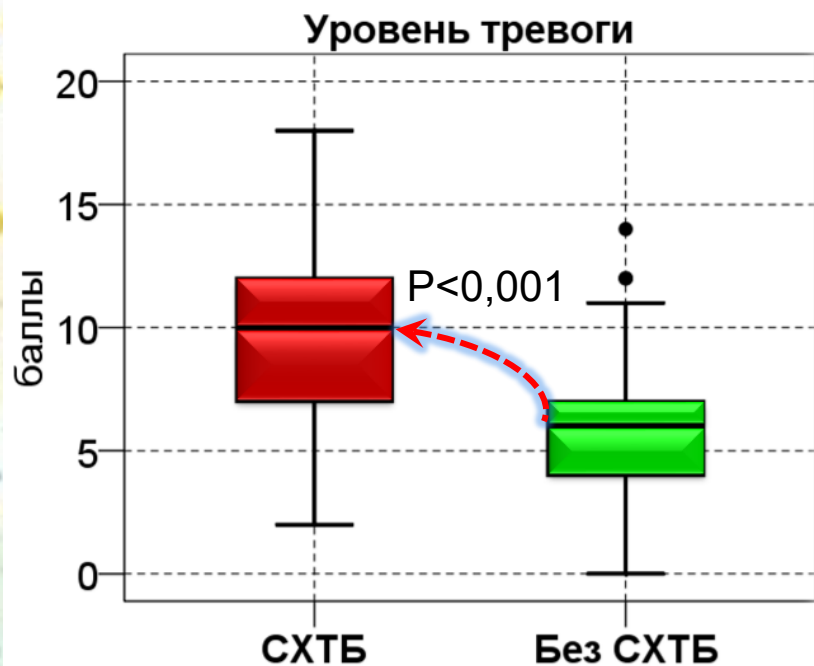
Продолжение

Возможные психологические проявления стрессового состояния:

- Низкая работоспособность, неконтролируемые эмоции, депрессия
- Потеря желания что-либо делать и к чему-либо стремиться
- Изменение поведения, искаженное восприятие реальности, нервозность, страх
- Уход от реального восприятия с помощью антидепрессантов, алкоголя, наркотических препаратов
- Необъективная оценка себя и окружающих
- Повышение, а затем резкое снижение сексуальной способности
- Проблемы в семейной жизни

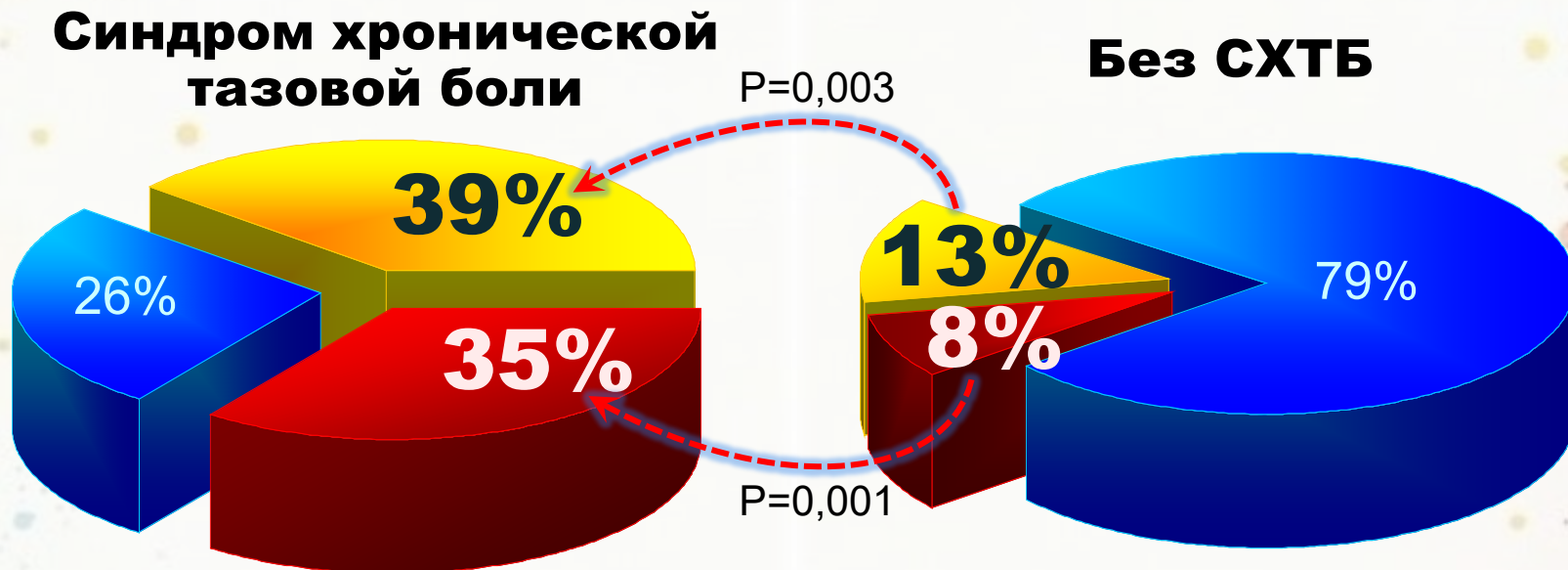
Таким образом, **пациентки с синдромом тазовой боли и высоким уровнем психосоциального стресса нуждаются в получении психологической помощи**




Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)



Чтобы лучше понять эмоциональное состояние и самочувствие пациенток нами также использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии, которая разработана для первичного выявления тревоги и депрессии. Установлено, что уровень тревоги у пациенток с СХТБ статистически значительно превышал таковой у женщин без боли. Подобная тенденция наблюдалась и по уровню депрессии

HADS-A (A – Anxiety, тревога)



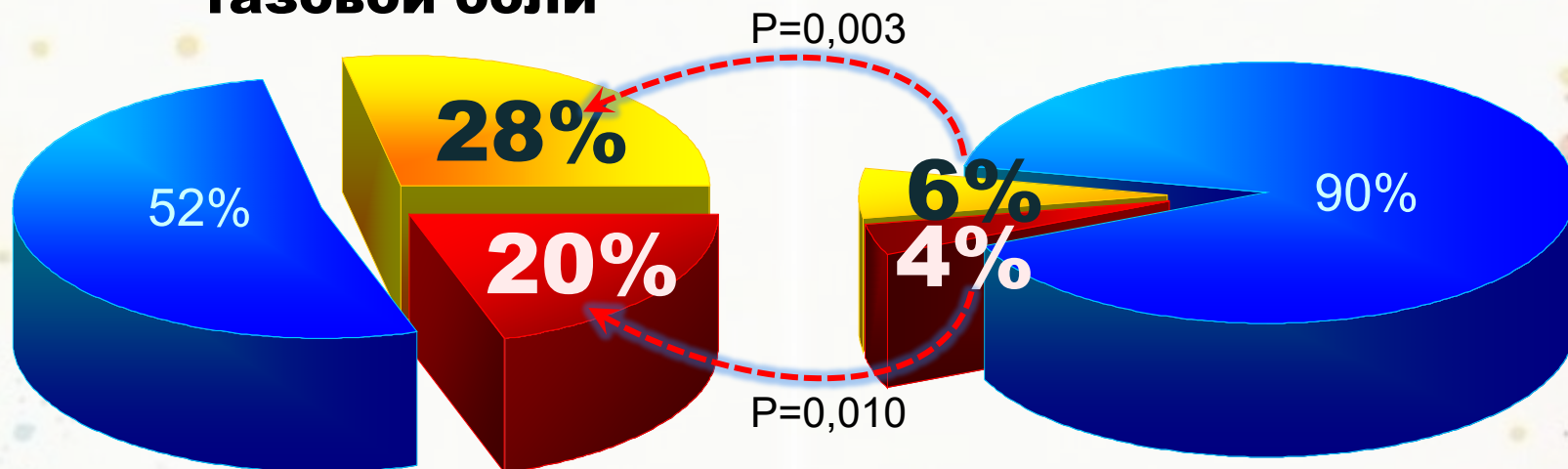
-  норма (отсутствие выраженных симптомов тревоги)
-  субклинически выраженная тревога
-  клинически выраженная тревога

Тревожные расстройства, согласно опроснику подшкалы HADS-A, были выявлены у 74% пациенток с СХТБ и у 21% женщин без боли, в том числе субклинически выраженная тревога имела место у 39 и 13% респондентов, клинически выраженная тревога — у 35 и 8% соответственно

HADS-D (D – depression, депрессия)

Синдром хронической тазовой боли

Без СХТБ



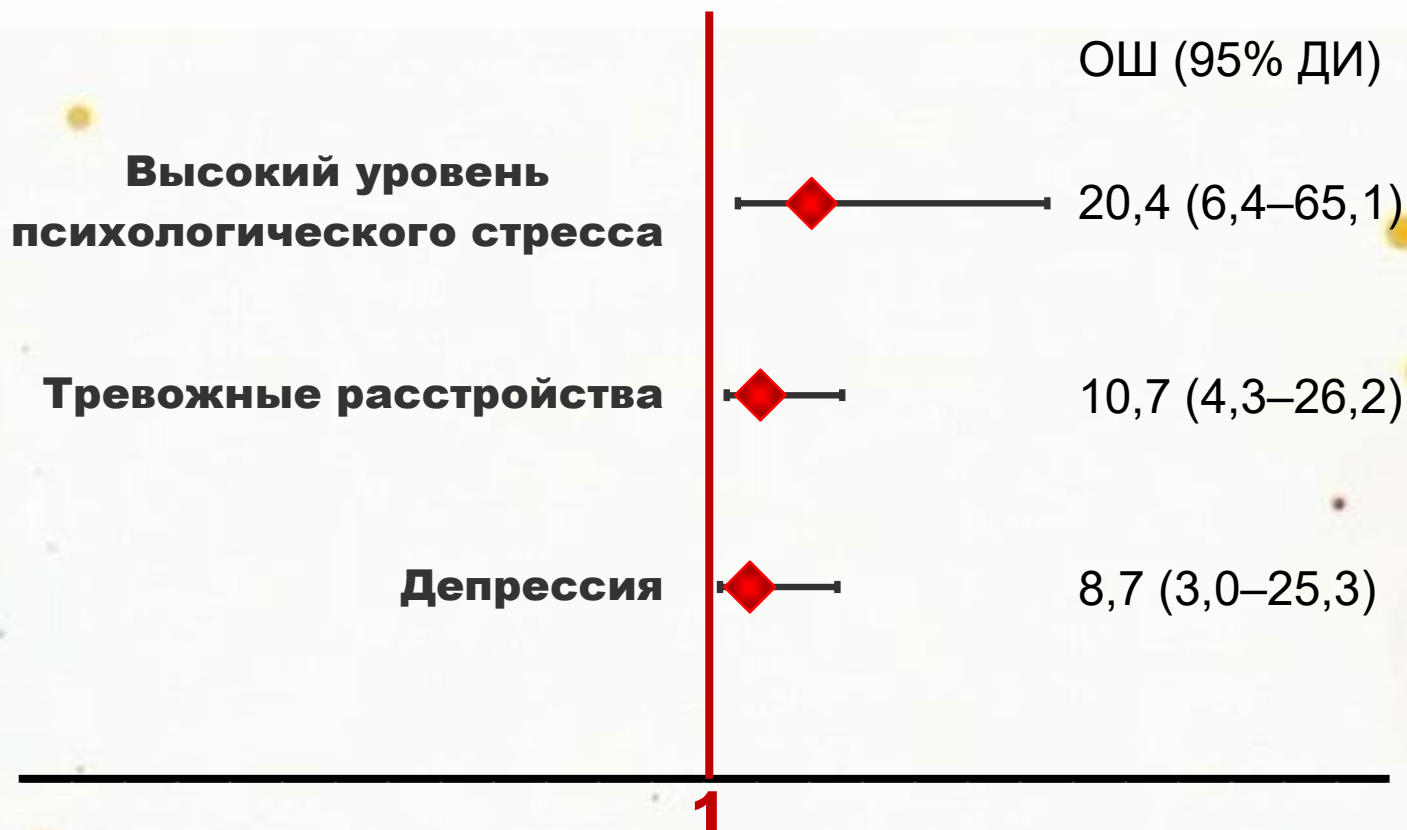
 норма (отсутствие выраженных симптомов депрессии)

 субклинически выраженная депрессия

 клинически выраженная депрессия

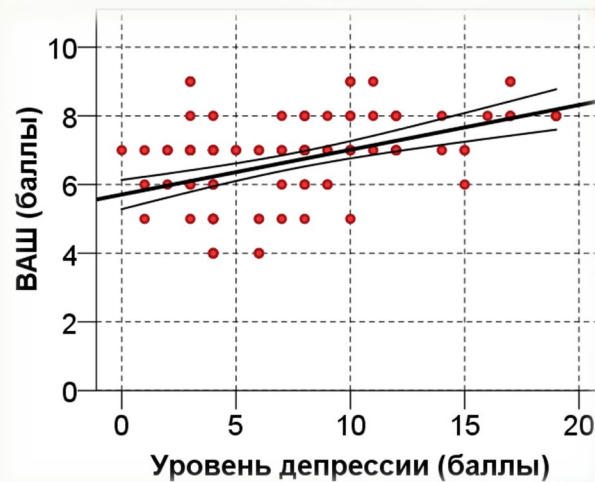
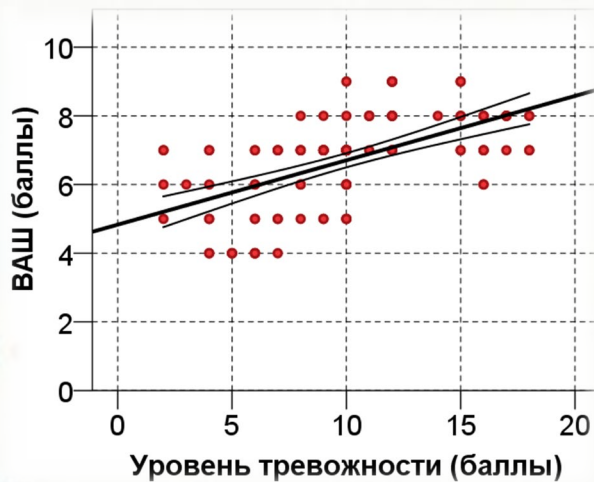
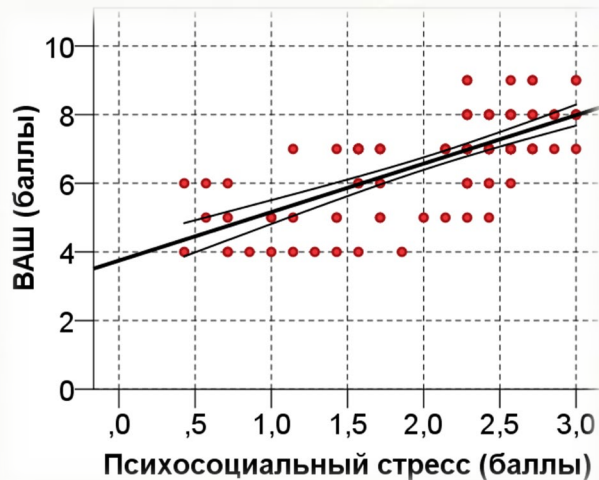
По опроснику шкалы HADS-D депрессия имела место у половины пациенток с СХТБ и у каждой десятой женщины без боли, в том числе субклинически выраженная депрессия — у 28 и 6%, клинически выраженная депрессия — у 20 и 4% опрошенных соответственно. Женщины с выраженной тревогой и депрессией были направлены на консультацию психотерапевта или невролога, причём на целесообразность такой консультации указали и женщинам без СХТБ

Увеличение шансов психосоциальных изменений у женщин с синдромом хронической тазовой боли



Таким образом, при СХТБ, по сравнению с женщинами без боли, шанс наличия высокого уровня психологического стресса увеличивается в 20 раз, тревожных расстройств — более чем в 10 раз, депрессии — в 9 раз

Корреляционный анализ изученных параметров



Установлено, что чем интенсивнее боль, тем более высокими являются уровни психосоциального стресса, тревоги и депрессии

Выводы

1

У пациенток с синдромом хронической тазовой боли преобладают: высокий уровень психосоциального стресса, выраженные тревога и депрессия

2

Боль влияет на психоэмоциональное состояние женщины – происходит усугубление психосоциальных нарушений, которые взаимодействуют, усиливая боль и усугубляя психопатологические симптомы

3

При обследовании пациенток с синдромом хронической тазовой боли в равной мере с альгологическими, физикальными, гинекологическими и инструментальными методами обследования требуется проведение психологического исследования

4

Лечение таких пациенток должно быть направлено не только на купирование симптомов боли, но и на стабилизацию психоэмоционального состояния, в том числе предотвращение депрессивных и тревожных расстройств

**Счастье — это чувство
свободы от боли**

Артур Шопегауэр

Благодарим за внимание!