

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ТАЗОВЫМИ БОЛЯМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ И НАРУЖНЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОМЕТРИОЗА

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH CHRONIC PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH CHRONIC INFLAMMATION AND EXTERNAL FORMS OF ENDOMETRIOSIS

L. Tselkovich
R. Balter
L. Borisova
A. Ibragimova
T. Ivanova
A. Bogdasarov
M. Podgornyyaya

Summary. The intensity of pain and the quality of life of women with chronic pelvic pain (HTB) associated with gynecological diseases are evaluated. 183 patients were tested. The main group is women of reproductive age with HTB associated with the initial stages of external endometriosis (NE). The comparison group consisted of patients with HTB after undergoing inflammatory diseases of the internal genitalia, which did not worsen during the last year. It was found that the intensity of pain in the main group was 4.17 ± 0.132 points, in the comparison group — 4.70 ± 0.131 points ($p=0.004$). With respect to the quality of life (QOL), the subjective state of health in the main group was 2.28 ± 0.082 , in the comparison group — 2.23 ± 0.085 points, $p=0.752$. QOL subjective 2.03 ± 0.10 points and 2.07 ± 0.09 points, respectively, $p=0.100$. It was concluded that the indicators concerning the quality of life turned out to be in the average or below average limits. In women with NE, the indicators of the «social well-being» criterion are significantly lower than in patients with chronic inflammation.

Keywords: chronic pelvic pain, quality of life, external endometriosis, chronic inflammation of the reproductive system.

Целкович Людмила Савельевна

Д.м.н., профессор, Самарский государственный
медицинский университет
samaraobsgyn2@yandex.ru

Балтер Регина Борисовна

Д.м.н., профессор, Самарский государственный
медицинский университет
samaraobsgyn2@yandex.ru

Борисова Лилия Исмаиловна

Соискатель,
Самарский государственный медицинский университет
samaraobsgyn2@yandex.ru

Ибрагимова Алина Ришатовна

К. м. н., доцент, Самарский государственный
медицинский университет
a.r.ibragimova@samsmu.ru

Иванова Татьяна Владимировна

К. м. н., доцент, Самарский государственный
медицинский университет
t.v.ivanova@samsmu.ru

Богdasarov Азат Юрьевич

Соискатель,
Самарский государственный медицинский университет
samaraobsgyn2@yandex.ru

Подгорняя Милла Сергеевна

Соискатель,
Самарский государственный медицинский университет
samaraobsgyn2@yandex.ru

Аннотация. Оценивается интенсивность болевых ощущений и качество жизни женщин с хроническими тазовыми болями (ХТБ), ассоциированными с гинекологическими заболеваниями. Протестировано 183 пациентки. Основная группа — женщины репродуктивного возраста с ХТБ, ассоциированными с начальными стадиями наружного эндометриоза (НЭ). Группа сравнения — пациентки с ХТБ после перенесенных воспалительных заболеваний (ВЗ) внутренних половых органов, которые в течение последнего года не обострялись. Установлено, что интенсивность боли в основной группе составила $4,17 \pm 0,132$ балла, в группе сравнения — $4,70 \pm 0,131$ балла ($p=0,004$). Относительно качества жизни (КЖ) субъективное состояние здоровья в основной группе составило $2,28 \pm 0,082$, в группе сравнения (ВЗ) — $2,23 \pm 0,085$ балла, $p=0,752$. КЖ субъективное $2,03 \pm 0,10$ балла и $2,07 \pm 0,09$ балла, соответственно, $p=0,100$. Сделан вывод о том, что показатели, касающиеся качества жизни, оказались в средних или ниже средних пределах. У женщин с НЭ показатели критерия «социальное благополучие» существенно ниже, чем у пациенток с хроническим воспалением.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, качество жизни, наружный эндометриоз, хроническое воспаление органов репродуктивной системы.

Болевой синдром является клиническим проявлением большинства заболеваний репродуктивной системы, связанных с воспалительным процессом или нарушением анатомических структур гениталий [1–3]. Согласно сведениям, опубликованным в Национальном руководстве, в России хронические тазовые боли испытывают до 25 % россиянок [4]. По данным Международного общества по изучению тазовой боли, до 27 % всех лапароскопий и до 15 % гистерэктомий проводится по причине наличия ХТБ [5]. Первичный триггер развития ХТБ достаточно быстро теряет актуальность, а сформировавшиеся патологические нейро-гормональные ответы существенно снижают качество жизни и репродуктивную функцию женщин [6, 7].

Говоря о характеристиках ХТБ дифференцированно от болевого синдрома, сопровождающего большинство распространенных гинекологических заболеваний, можно выделить его следующие **диагностические критерии**:

- постоянный характер;
- длительность более шести месяцев;
- циклические периоды усиления;
- сопровождение астено-депрессивным синдромом и снижением качества жизни [8].

Соответственно, на этапе установление диагноза ХТБ необходимо проведение психологического тестирования, поскольку эмоционально-личностные расстройства дезорганизуют центральные регулирующие механизмы репродуктивной системы. Это усугубляет состояние пациенток, отрицательно влияя на психику, поведение, отношение к процессу лечения и качество жизни в целом.

Цель исследования — оценка интенсивности болевых ощущений и качества жизни женщин с ХТБ, ассоциированными с гинекологическими заболеваниями.

В ходе работы протестировано 183 пациентки с ХТБ, которых распределили в две группы сравнения. Основную группу составили женщины репродуктивного возраста с ХТБ, ассоциированными с начальными стадиями (1–2 стадия rASEM, 1996) наружного эндометриоза — 95 человек. В группу сравнения вошло 88 пациенток, ХТБ которых появились после перенесенных воспалительных заболеваний внутренних половых органов: хронический сальпингоофорит и хронический эндометрит, при этом в течение последнего года обострения воспалительных процессов не наблюдалось.

Критерии включения в группы:

- наличие добровольного информированного согласия на проведение обследования и лечения;
- наличие синдрома ХТБ;
- репродуктивный возраст;
- отсутствие соматической патологии, с которой могут быть связаны ХТБ.

Критерии исключения из группы:

- отсутствие добровольного информированного согласия на проведение обследования и лечения;
- отсутствие синдрома ХТБ;
- наличие соматической патологии;
- возраст моложе 18 и старше 45 лет;
- наличие в анамнезе родовой травмы и хирургического вмешательства на органах малого таза.

Оценка выраженности ХТБ проводилась при помощи *визуально-аналоговой шкалы (ВАШ)*, предложенной в 1974 году E.C. Huskisson. Она представляет собой горизонтальную или вертикальную линию длиной 10 см с расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить» [9].

Пациентке предлагалось субъективно оценить свои ощущения боли до и после проводимого лечения. Для удобства расчетов ВАШ была дополнена цифровой шкалой — *нумерологически оценочная шкала (НОШ)*, в которой к ВАШ была представлена сантиметровой линейкой. Отметка до 4 см (менее 40 %) обозначала слабые болевые ощущения, 4–7 см (40–70 %) — боль средней интенсивности и 7–10 см (70–100 %) — сильная боль.

Кроме указанных инструментов был использован сокращенный *опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-26) (WHOQOL — World Health Organization's Quality of Life)*, содержащий 26 вопросов с вариантами ответов от «очень плохо» до «очень хорошо».

Полученные результаты статистически обрабатывались при помощи программ «Statistica 10» (StatSoft Inc., США) и MedCalc (версия 15.2).

При систематизации результатов зафиксированы длительные боли невысокой интенсивности у подавляющего числа женщин в обеих группах.

Продолжительность болевого синдрома имела статистически значимые различия, которые укладывались в клиническую картину заболеваний. Так, продолжительность болевых ощущений до трех лет была почти у половины пациенток с ВЗ. В то же время большинство женщин основной группы указывали на первые симптомы боли практически с менархе. По мере становления менструальной функции болевой синдром становился более продолжительным по времени: если вначале боли беспокоили в околоменструальный период, то после проведения вмешательств (родов, абортов, диагностических выскабливаний, начала половой жизни) происходило формирование полноценных ХТБ, продолжающих беспокоить женщин в течение всего менструального цикла.

В свою очередь, длительность ХТБ менее трех лет отметили 26,31±4,54 % пациенток основной группы и 53,40±5,34 % женщин группы сравнения ($p < 0,001$). У остальных женщин в группе продолжительность болевого синдрома сохранялась более трех лет (рис. 1).

Рассматривая интенсивность болей, отметим, что по шкале НОШ в основной группе было 4,17±0,132 балла, в группе сравнения — статистически значимо больше — 4,70±0,131 балла ($p = 0,004$). Это связано с имеющейся причиной развития ХТБ и менее длительным существованием синдрома. Замечено, что практически все пациентки в обеих группах указывали на усиление боли в околоменструальный период, а также при психо-физических нагрузках. 75,78±4,4 % женщин в основной группе обращали внимание на усиление болевых ощущений во время полового контакта — диспареунию. В группе сравнения таких пациенток было 89,7±3,24 % ($p = 0,011$).

Характер и локализация болей у женщин основной группы отражены в рисунке 2.

Жалобы пациенток основной группы:

- боли усиливаются в ночной период (76,84 %);
- боли иррадируют в промежность (73,68 %);
- боли усиливаются в статическом состоянии (68,42 %);
- боли усиливаются при акте дефекации (65,2 %).

Отмечено, что большинство пациенток, участвующих в исследовании, не связывали тазовые боли с менструальным циклом (69,47 %), а на усиление боли в предменструальный период указали только 30,52 % женщин. Традиционные «гинекологические» локализации (боли внизу живота) отметили 35,78 % пациенток.

Характер болей в группе сравнения показан на рисунке 3.

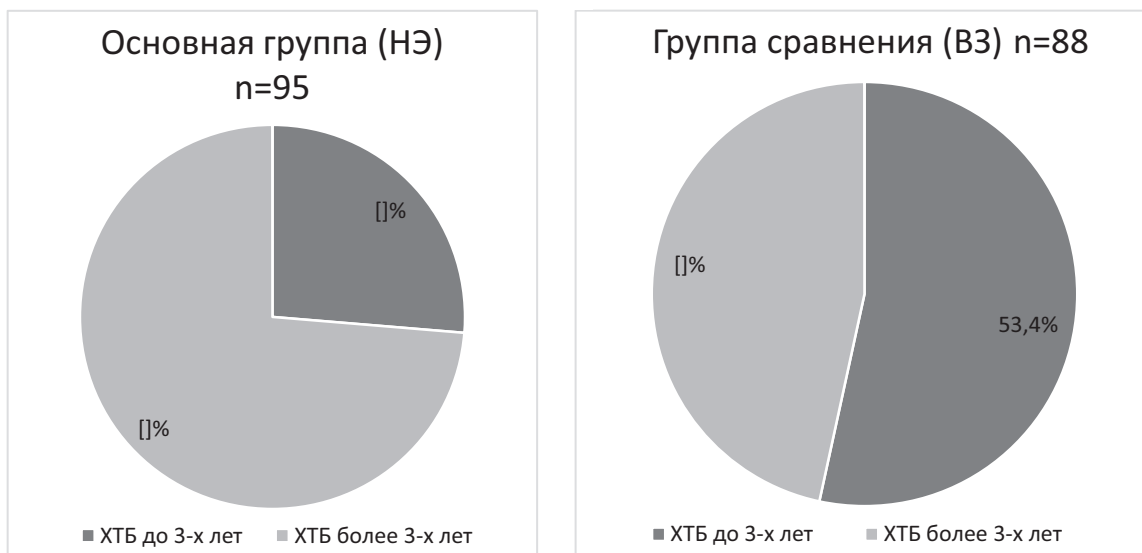


Рис. 1. Диаграмма распределения длительности болевого синдрома в группах сравнения

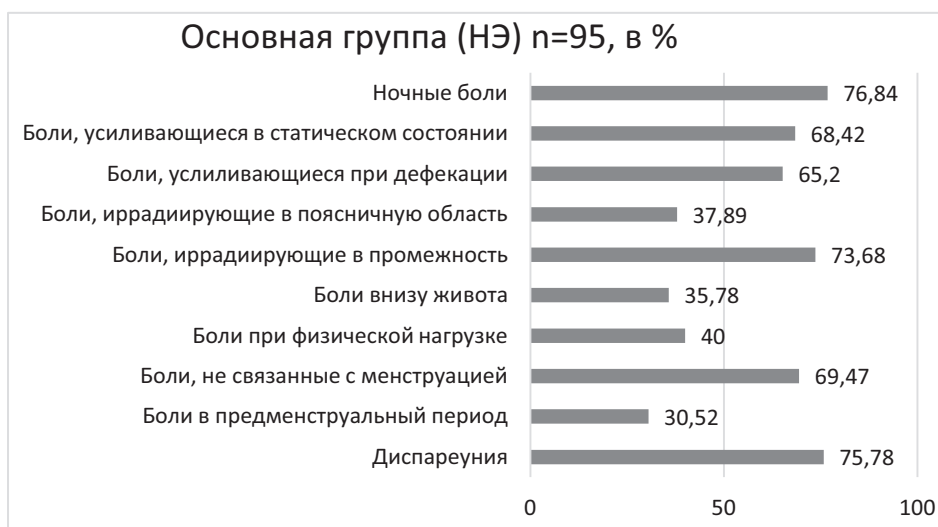


Рис. 2. Распространенность и особенности проявления боли у женщин основной группы

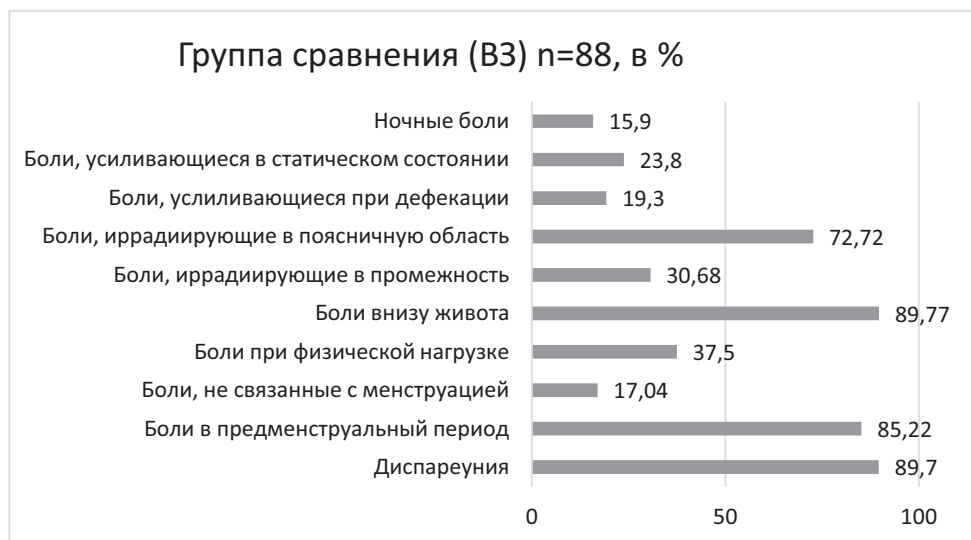


Рис. 3. Распространенность и особенности проявления боли у женщин группы сравнения

Болевые ощущения у пациенток с воспалительной природой ХТБ:

- локализация внизу живота (89,77 %);
- усиление в предменструальный период (85,22 %);
- усиление при физической нагрузке (37,5 %);
- иррадиация в поясничную область (72,72 %);
- иррадиация в промежность (30,68 %).

Рассматривая влияние ХТБ на качество жизни женщин в группах было установлено, что субъективное состояние здоровья в основной группе составило $2,28 \pm 0,082$, в группе сравнения (В3) — $2,23 \pm 0,085$ балла, соответственно, $p=0,752$. КЖ субъективное — $2,03 \pm 0,10$ балла и $2,07 \pm 0,09$ балла, соответственно, $p=0,100$. Зафик-

сировано, что женщины обеих групп субъективное качество жизни и субъективное состояние здоровья оценивали ниже среднего.

Отмечено, что корреляционной связи между длительностью ХТБ и оценкой состояния здоровья в группах не установлено. Результаты опроса WHOQOL отражены в таблице.

Рассматривая полученную статистику, отмечено, что по параметру «физическое и психологическое благополучие» в группах результаты были примерно одинаковы, как у пациенток с НЭ — составили $13,09 \pm 0,337$ балла, так и в группе с В3 — $13,43 \pm 0,390$ балла, $p=0,513$.

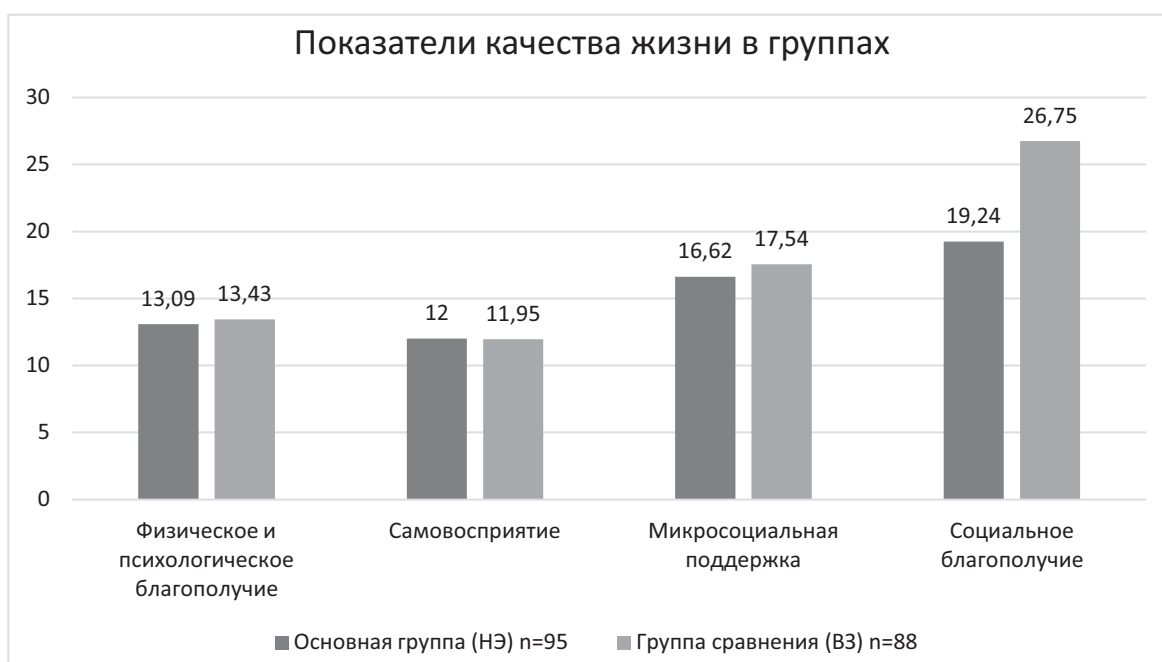


Рис. 4. Выраженность показателей качества жизни в сравниваемых группах

Таблица

Показатели WHOQOL — 26 женщин с ХТБ, в баллах

Исследуемый показатель	Основная группа (НЭ) ¹ n= 95	Группа сравнения (ВЗ) ² n=88	p ₁₋₂
Физическое и психологическое благополучие	13,09±0,337	13,43±0,390	0,513
Самовосприятие	12,0±0,307	11,95±0,319	0,914
Микросоциальная поддержка	16,62±0,424	17,54±0,506	0,161
Социальное благополучие	19,24±0,439	26,75±0,246	<0,001

По параметру «самовосприятие» в основной группе женщины набрали 12,0±0,307 балла, в группе сравнения — 11,95±0,319 балла, p=0,914. По параметру «микросоциальная поддержка» статистически значимых различий установлено не было, эти значения состави-

ли 16,62±0,424 и 17,54±0,506 балла, соответственно, p=0,161.

Различия в группах были получены только по параметру «социальное благополучие». Среднее число баллов по этому критерию в основной группе составило 19,24±0,439, в группе сравнения оно было статистически значимо выше — 26,75±0,246, p<0,001 (рис. 4).

Вывод

Подводя итог можно отметить, что практически все показатели, касающиеся качества жизни, как субъективная, так и объективная оценка, оказались в средних или ниже средних пределах, причем у женщин основной группы показатели критерия «социальное благополучие» оказались статистически значимо ниже, чем у пациенток группы сравнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блажнова Е.М., Оганесян А.Т., Ильченко О.А., Целкович Л.С. Значение сонографической неинвазивной диагностики начальных форм наружного эндометриоза. // Инновационная наука: сб. ст. Уфа: АЭТЕРНА. 2022. Т. 12, вып. 1. С. 143–146.
2. Блажнова Е.М., Оганесян Н.А., Липатова К.А., Балтер Р.Б. Значение применения 3D конструирования в дифференциальной диагностике эндометриодных кист яичников // Инновационная наука: сб. ст. Уфа: АЭТЕРНА. 2022. Т. 12–2. С. 133–135.
3. Борисова Л.И., Балтер Р.Б., Ларионова С.Н. Современная тактика ведения и лечения больных, страдающих хронической тазовой болью // Научные исследования в высшей школе: новые идеи, проблемы внедрения, поиск решений: сб. ст. международной научно-практической конференции. Уфа: АЭТЕРНА. 2023. С. 138–141.
4. Борисова Л.И., Иванова Т.В., Ибрагимова А.Р. Хроническая тазовая боль, как сигнал воспалительных заболеваний органов малого // Научные исследования в высшей школе: новые идеи, проблемы внедрения, поиск решений: сб. ст. международной научно-практической конференции. Уфа: АЭТЕРНА. 2023. С. 136–138.
5. Воспалительные заболевания женских тазовых органов. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2021. 46 с.
6. Мягченкова К.И., Хащенко Е.П., Уварова Е.В. Психоземональные особенности и болевая симптоматика у пациенток, страдающих генитальным эндометриозом в раннем репродуктивном возрасте // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. Т. 17, N 2. С. 41–50. DOI: <https://doi.org/10.33029/1816-2134-2020-17-2-41-50>
7. Загорюлько О.И., Медведева Л.А., Дракина О.В., Логинова О.И. Предикаторы формирования хронической тазовой боли в женской популяции // Российский журнал боли. 2023. Т. 21, вып. 2. С. 58–65.
8. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. Гинекология: национальное руководство // М.: ГОЭТАР-Медиа. 2017. С. 417–429.
9. International Pelvic Pain Society (IPPS). 2019. URL: <http://pelvicpain.org/home.aspx>.
10. Кузнецова И.В. Хроническая тазовая боль — женская проблема // Гинекология. 2017. Т. 19, вып. 3. С. 62–67. DOI: 10.26442/2079-5696_19.3.62-67
11. Адамян Л.В., Сонова М.М., Арслан К.Н., Логинова О.Н. Особенности хронической тазовой боли у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // Лечащий врач. 2019. N 9. С. 83–87.
12. Тапильская Н.И., Миронова А.В., Силаева Е.А., Шкарупа А.В., Глушаков Р.И. Синдром хронической тазовой боли у женщин: факторы риска, алгоритмы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики // Проблемы репродукции. 2021. Т. 27, вып. 2. С. 56–64.
13. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

© Целкович Людмила Савельевна (samaraobsgyn2@yandex.ru); Балтер Регина Борисовна (samaraobsgyn2@yandex.ru); Борисова Лилия Исмаиловна (samaraobsgyn2@yandex.ru); Ибрагимова Алина Ришатовна (a.i.ibragimova@samsmu.ru); Иванова Татьяна Владимировна (t.v.ivanova@samsmu.ru); Богдасаров Азат Юрьевич (samaraobsgyn2@yandex.ru); Подгорняя Милла Сергеевна (samaraobsgyn2@yandex.ru)
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»