

Шаменова А.Я., Эрботоева Ш.Т., Каскеев Д.М.

АЯЛДАРДЫН ЖАТЫН ТҮТҮКЧӨЛӨРҮНДӨГҮ СЕЗГЕНҮҮ ООРУЛАРЫН ЖАНА ӨНӨКӨТ ЖАМБАШ ООРУУ СИНДРОМУН МЕДИЦИНАЛЫК КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ

Шаменова А.Я., Эрботоева Ш.Т., Каскеев Д.М.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ И СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

A.Y. Shamenova, Sh.T. Erbotoeva, D.M. Casceev

MEDICAL REHABILITATION OF WOMENS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERINE APPENDAGES AND BY THE CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

УДК: 618.12-002:615.276.4.03:615.82

Аялдардын жыныстык өнөкөт сезгенген оорулары менен өнөкөт жамбаш ооруу синдрому бар 24 бейтапты изилдөө жүргүзүлгөн. Сезгенүүгө каршы жана синирүүчү аракеттердин (лазеротерапия, фоно-форезгидрокортизон майы менен) гана эмес, оорууну токтотуучу жана седативдүү натыйжа көрсөтүүчү СМТ баткак менен дарылоо, ИРТ, укалоо) менен дагы болуучу физикалык факторлорду колдонуунун негизиндеги калыбына келтирүү иш чаралар комплекси сунушталган.

Негизги сөздөр: *жатын түтүкчөлөрү, өнөкөт сезгенүү, жамбаш ооруусу, калыбына келтирүү.*

Проведено обследование 24 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки с синдромом хронической тазовой боли. Предложен комплекс реабилитационных мероприятий на основе использования физических факторов не только противовоспалительного и рассасывающего действия (лазеротерапия, фонофорез с гидрокортизоновой мазью), но и оказывающие седативный эффект и купирование боли (СМТ грязелечение, иглорефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура).

Ключевые слова: *придатки матки, хроническое воспаление, тазовая боль, реабилитация.*

The study 24 patients with chronic inflammatory diseases of the uterine appendages and by the pelvic pain syndrome. There was offered a complex of rehabilitation measures on the basis of the use of physical factors of not only anti-inflammatory and resolving action (laser therapy, fono-fores with hydrocortisone ointment), but also having a sedative effect and relief of pain (SMT mud therapy, acupuncture, massage).

Key words: *uterine appendages, chronic inflammation, pelvic pain, rehabilitation.*

Введение

Под синдромом тазовой боли понимается наличие постоянной или периодически повторяющейся эпизодической тазовой боли, связанной с симптомами, свидетельствующими о дисфункции нижнего мочевого тракта, нарушении половой функции, кишечной или гинекологической дисфункции при отсутствии доказательств инфекционного заболевания или какой-либо другой очевидной патологии [7].

Хроническая тазовая боль (СХТБ) – частый представитель болевых синдромов, она встречается

примерно в 15% наблюдений общей популяции и особенно распространена у женщин [1,3].

По данным ВОЗ (2013) СХТБ страдает каждая пятая женщина в мире, 70% из них включает патологию гинекологической сферы.

Любое гинекологическое заболевание несет в себе потенциал развития синдрома ХТБ.

Физиологическая и патологическая боль неразрывно связана с воспалительной реакцией и СХТБ часто ассоциирована с хроническим воспалением.

Причины хронической тазовой боли многочисленны, но в практике наиболее часто встречаются эндометриоз, инфекционные ВЗОТ, синдром тазовой когнесции (варикозное расширение тазовых вен), спаечный процесс органов таза вследствие воспалительных заболеваний или оперативных вмешательств, миома матки и аденомиоз, болезни мочевого пузыря и другие урологические проблемы, заболевания кишечника, костно – мышечная патология [5.6].

Связь хронической боли с депрессией очевидна. С одной стороны, депрессия верифицируется более чем у трети больных с хронической болью различной локализации. С другой стороны, более половины больных с депрессивными расстройствами жалуются на хронические боли. Патогенетическая ассоциация депрессии и хронической боли до конца не ясна, но существует предположение, что их общность связана с недостаточностью церебральных серотонинэргических систем. С другой стороны, стресс, тревога, страх, депрессия делают человека более восприимчивым к боли. Показано, что женщины, страдающие ХТБ, чаще, чем здоровые женщины, переживают такие психологически негативные события, как развод, семейные неурядицы, насилие. Стресс играет особую роль в развитии депрессии и одновременно приводит к нарастанию тревоги, которая сопровождается мышечным напряжением и может активировать как минимум один из компонентов усиления боли. В свою очередь, длительные болевые ощущения способны вызвать необратимые патологические изменения в работе мозга в результате постоянного

перевозбуждения ответственных отделов коры больших полушарий [4].

СХТБ часто сопровождается выраженными психопатологическими и психовегетативными расстройствами, среди которых лидируют тревожно – депрессивные, маскированная, атипичная депрессия, могут наблюдаться ипохондрические черты личности. Вместе с тем, в современной научной литературе встречаются отдельные сообщения, предполагающие значительную роль хронического стресса и процессов дезадаптации, прежде всего на центральном уровне, в формировании невоспалительного синдрома хронической тазовой боли. В качестве возможных патогенетических механизмов рассматривается дисфункция гипоталамо-гипофизарной, а также усиление возбуждения ноцицептивной систем, что приводит к снижению порога болевой чувствительности и возникновению ощущения боли при наличии минимальных, подпороговых раздражителей. Некоторые исследователи указывают на возможное участие в патогенезе заболевания интрапростатического протокового рефлюкса, обструкции нижних мочевых путей, активизации симпатического звена вегетативной тазовой иннервации, застойных явлений в области малого таза и на значимую роль рефлекторно-мышечных синдромов тазового дна и промежности [2]. Также, немаловажную роль могут играть психосоматические факторы. Отмечено, что СХТБ чаще возникает у людей определенного психологического типа из-за «личностных нарушений и эмоционального стресса» и отличается высокой резистентностью к терапии.

СХТБ в настоящее время остается распространенным, недостаточно изученным и трудно поддающимся лечению заболеванием. Адекватное лечение возможно лишь в случае адекватной диагностики. Отсутствие четко определяемых этиологических факторов развития этого состояния и противоречивые данные в отношении диагностических критериев снижают возможность четкой постановки диагноза. Отсутствует единый подход к выбору оптимальных методов лечения. Оценка огромного числа методов лечения этого заболевания затруднена из-за отсутствия стандартизированной системы оценки результатов лечения. Эти обстоятельства, наряду с упорным течением заболевания, приводят к развитию неврозов. Таким образом, очевидно не только медицинское, но и социальное значение проблемы повышения эффективности диагностики и лечения СХТБ. Распространенность невоспалительного СХТБ, отсутствие достаточных знаний о его причинных факторах, социальную и экономическую значимость заболевания, отсутствие исследований неврологической составляющей СХТБ, который считается полностью неизлечимым заболеванием – все это свидетельствует об актуальности данной темы [5].

Таким образом, изучение патогенеза невоспалительного синдрома хронической тазовой боли, поиск и апробация новых подходов к диагностике,

оптимизация лечебных воздействий представляются также актуальным, что явилось предпосылкой для проведения настоящего исследования.

Цель исследования:

Научно обосновать и разработать комплекс немедикаментозной коррекции функционального состояния у женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки и синдромом хронической тазовой боли.

Материалы и методы исследования.

Использовались следующие методы исследования, которые проводились в начале и в конце лечебного комплекса.

Клинический осмотр больных гинекологом и невропатологом с заполнением тематических карт; общий анализ крови и мочи; кровь на RW; мазки на влагалищную флору; УЗИ матки и придатков; ЭКГ; оценка симптомов по Цифровой рейтинговой шкале (NRS); Визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Принимая во внимание многофакторный характер патогенетических механизмов развития клинических проявлений невоспалительного СХТБ, нами была разработана и проведена комплексная программа восстановительного лечения, позволяющая воздействовать на различные звенья патогенеза заболевания.

Реабилитационный комплекс:

Лазерная импульсная терапия от аппарата «Милта- Ф-8-01» на проекции яичников и маточных труб. Частота 50-150 Гц, мощность светодиодов 50 мВт, экспозиция 4-8 минут. №10

СМТ грязелечение по сакроабдоминальной методике, режим – невыпрямленный, род работы III-IV, частота модуляции 70 Гц, глубина 50%, ДПП 2:3, каждым родом работы 5-10 секунд, через день №8.

Фонофорез с мазью гидрокортизон на низ живота, в непрерывном режиме, интенсивность 0,7 Вт/см, время 3 минуты на поле, 2 поля в день, №8.

Иглорефлексотерапия, №8.

Массаж пояснично-крестцовой и шейно-воротниковой зоны №8.

Лечебная гимнастика №8.

Полученные результаты.

Всего было проведено комплексное обследование и восстановительное лечение 24 женщин. Так как СХТБ часто ассоциирован с хроническим воспалением, то хронический сальпингоофорит был выявлен у 18 пациенток, что составило 75%. У 16,7% больных отмечался спаечный процесс в малом тазу вследствие воспалительных заболеваний или оперативных вмешательств. Критерием отбора являлось отсутствие в анамнезе у пациентов острой воспалительной гинекологической патологии, патологии прямой кишки, новообразований в малом тазу, хронических болевых синдромов другой локализации, травм копчика, вертеброгенной, ортопедической и психической патологии.

По длительности заболевания больные были распределены следующим образом: от 1 до 4 лет хроническая тазовая боль отмечалась у 5 женщин (20,8%), от 5 до 9 лет у 10 женщин (41,7%), а свыше

10 лет ХТБ была выявлена у 9 пациенток, что составило 37,5 %.

Возраст обследованных женщин был в пределах от 22 до 46 лет. Средне групповой показатель возраста составил $31,7 \pm 3,7$ года. При распределении по возрасту было выявлено преобладание пациенток в возрасте 25-40 лет (74,6%). Контрольную группу, взятую для сравнения результатов исследований, составили 13 женщин в возрасте от 30 до 40 лет (среднегрупповой показатель возраста - $35,7 \pm 3,3$ лет) с присутствием в анамнезе жалоб, характерных для синдрома хронической тазовой боли, которым проводилось только медикаментозное лечение в амбулаторных условиях.

Ведущей жалобой больных женщин были боли в нижних отделах живота (66,7 %), над лоном (12,5%) и пояснично-крестцовой области (16,7%). Альгодисменорея встречалась у 1 больной (4,2%). Табл. №1.

табл. № 1

Клиническая характеристика больных хроническим сальпингоофоритом

№	Симптомы	n = 24	
		абс	%
1	боли в нижних отделах живота	16	66,7
2	боли над лоном	3	12,5
3	боли в пояснично-крестцовой области	4	16,7
4	нарушение менструального цикла (альгодисменорея)	1	4,2

При постоянной или эпизодически повторяющейся тазовой боли не было фактов подтвержденной инфекции: при исследовании мазков на влагалищную флору только у 5 (20,8%) больных были выявлены мазки 3-4 степени чистоты, у остальных же – мазки были 1-2 степени чистоты.

Также не были выявлены другие очевидные патологии: УЗИ позволили исключить наличие гиперпластических процессов и гормонально зависимых образований гениталий. При выявлении таковых данные больные исключались из исследования. Результаты ультразвукового исследования органов малого таза подтверждали данные влагалищных исследований и показали признаки хронического воспаления придатков – тяжесть и болезненность придатков определена у 75% больных, а в 16,7% случаях были выявлены тазовые перитонеальные и послеоперационные спайки.

У значительной части больных рубцовые и дистрофические процессы в органах малого таза, недостаточность снабжения тканей кислородом вызывают стойкое ощущение боли. Хронические воспалительные заболевания гениталий, длительная хронизация процесса, болевой синдром оказывают влияние на психо-эмоциональное состояние больных. Астенизация выражалась в повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности настроения, нарушении сна. Больные отмечали

снижение физической, интеллектуальной и социальной активности из-за хронического болевого синдрома.

Оценка степени выраженности боли у гинекологических больных проводилась по Цифровой рейтинговой шкале (NRS) и Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до лечения и после реабилитационной терапии. По шкале NRS у 20,8% женщин до лечения отмечалась «слабая боль», у 79,2% больных – «умеренная (средняя боль)» или 1-2 балла и 4-5 баллов соответственно. По шкале ВАШ также до лечения у женщин боль выражалась как «болит чуть-чуть»- 2 балла и «болит средне» - 4 балла у 16,7 % и 83,3 % больных соответственно.

Разработанный нами и проведенный комплекс, включающий лазерную терапию, СМТ грязелечение по сакроабдоминальной методике, фонофорез, которые оказывают противовоспалительное, обезболивающее, рассасывающее действие, оказался эффективным.

В результате проведенного исследования установлено, что применение предлагаемого нами комплекса реабилитационной терапии повышает эффект лечения. Анализ полученных результатов показал положительную динамику: снижение степени выраженности воспалительных изменений – уменьшение болезненности, пастозности и тяжести придатков, повышение эластичности тазовых перитонеальных спаек при двуручном вагинальном исследовании в 89,4% случаях. Исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома отмечено у 95,8 % гинекологических больных основной группы, тогда как купирование болевого синдрома в контрольной группе имело место лишь в 55% случаях.

Оценка боли по шкале NRS и шкале ВАШ после окончания лечения соответствовала 0 баллов или «нет боли» у всех исследуемых пациентов.

Улучшилась также ультразвуковая картина: нормализация экзогенной структуры органов малого таза отмечалось у большинства пациенток основной группы, тогда как у женщин группы сравнения положительная динамика имела место лишь у 41,7% пациенток ($P < 0,05$).

Необходимо отметить и седативный эффект проведения лечебного комплекса (ИРТ, массаж шейно-воротниковой зоны, ЛГ). У 83,7% больных основной группы улучшилось психо-эмоциональное состояние, нормализовался сон, отмечалось уменьшение раздражительности.

Достигнутые в процессе лечения выраженные болеутоляющий и положительный психотропный эффекты подтверждают целесообразность предложенного нами подхода к лечению пациентов с СХТБ.

Выводы:

1. Ведущей жалобой больных женщин были боли в нижних отделах живота (66,7%), над лоном (12,5%) и пояснично-крестцовой области (16,7). Степень выраженности боли у гинекологических больных по Цифровой рейтинговой шкале (NRS) у

20,8% женщин до лечения отмечалась как «слабая боль», у 79,2% больных – как «умеренная боль» или 1-2 балла и 4-5 баллов соответственно. По шкале ВАШ также до лечения у женщин боль выражалась как «болит чуть-чуть» - 2 балла и «болит средне» - 4балла у 16,7% и 83,3% соответственно.

2. Патогенетическим обоснованием для включения в реабилитационный комплекс больных с СХТБ таких процедур как лазерная терапия, фонофорез гидрокортизоновой мазью, СМТ грязелечение, ИРТ, ЛГ, массаж являются их противовоспалительное, анальгезирующее, рассасывающее, седативное действие, что способствует предотвращению прогрессирования хронического воспалительного процесса, исчезновению или уменьшению болевого синдрома.

3. Эффективность курса реабилитационной терапии больных с СХТБ подтверждена исчезновением или уменьшением болевого синдрома у 95,8% гинекологических больных основной группы, тогда как купирование болевого синдрома в контрольной группе имело место лишь в 55% случаях. Оценка боли по шкале NRS и шкале ВАШ после окончания лечения соответствовала 0 баллов или «нет боли» у всех исследуемых пациенток.

Таким образом, в результате проведенных реабилитационных мероприятий установлено, что применение предлагаемого комплекса повышает эффективность терапии и может рекомендован для практического здравоохранения при лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы и синдромом хронической тазовой боли с целью улучшения результатов лечения, психоэмоционального состояния больных, снижения заболеваемости и повышения качества жизни.

ческой тазовой боли с целью улучшения результатов лечения, психоэмоционального состояния больных, снижения заболеваемости и повышения качества жизни.

Литература:

1. Кузьмина М.А., Ипатов М.В. Комплексная восстановительная немедикаментозная терапия в лечении женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза и синдромом тазовой боли //Акушерство и гинекология. – 2008. - №4.С.36-39.
2. Лоран О.Б., Сегал А.С. Воспалительные заболевания предстательной железы //Урология. 2003.- № 5.- С.9-10.
3. Разумов А.Н.//Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: материалы Международного конгресса «Здравницы-2003», 14-17 окт.2003, Кисловодск,-М., 2003.-С.5-8.
4. Шевчик Н.В. с соавт. Влияние нервно-психического напряжения на репродуктивную функцию женщин молодого возраста //Акушерство и гинекология. – 2002. - №4. С.27-30.
5. Яроцкая Е.Л. Интегрированный подход к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии //Акушерство и гинекология. – Приложение 2006. – С.60-67.
6. Ярустовская О.В. с соавт. Сравнительная оценка различных методик криотерапии больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом//Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2000. - №4.С.28-31.
7. Bartoletti R., Debruyne F.M.J. Chronic nonbacterial prostatitis: A comprehensive review // Urol. Int. 2007. - Vol. 88. - P. 17-24.

Рецензент: к.м.н., доцент Сманова Дж.К.