

Динамика показателей качества жизни в процессе дифференцированной терапии пациенток с хроническими тазовыми болями

Н.Г. Незнанов, И.Ю. Щеглова, И.Ю. Васильева

Кафедра психиатрии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Для изучения изменения параметров качества жизни в связи с динамикой психопатологических нарушений и тазовых болей у пациенток с хроническими тазовыми болями (ХТБ) на фоне лечения антидепрессантами и комбинированной терапии были обследованы 88 женщин. Все они были разделены на три группы: контрольную (было проведено только хирургическое лечение), группу, пациентки которой получали только антидепрессивную фармакотерапию, и группу, в которой наряду с психофармакотерапией проводилось лечение психотерапевтическими методами. Было установлено, что наиболее эффективной лечебной стратегией в отношении пациенток, у которых ХТБ сочетается с расстройствами тревожно-депрессивного спектра, является проведение в послеоперационном периоде комбинированной терапии, включающей применение психофармакологических средств и психотерапевтических методов. Изучение качества жизни позволяет получать ценную информацию о влиянии ХТБ и проводимого лечения на психическое и физическое здоровье, социальную активность больных.

Хроническая тазовая боль является одной из частых причин, приводящих к социально-психологической и физической декомпенсации женщин в репродуктивном возрасте. В феноменологическом плане хроническая тазовая боль (ХТБ) у женщин — это постоянная, локальная боль в области проекции половых органов, длительностью не менее 3 мес., не связанная причинно с онкологическими заболеваниями [4]. При очевидной уязвимости критериев, используемых для отграничения данного болевого синдрома, еще большие трудности возникают при попытках выделения диагностических категорий, в рамках которых может встречаться ХТБ. Соматогенез хронической боли не всегда убедителен, о чем свидетельствуют многочисленные лапароскопические операции, гистерэктомии [5], не приводящие пациенток к избавлению от страдания [6, 13].

Необоснованные малоэффективные оперативные вмешательства оказывают дополнительное психотравмирующее воздействие на пациенток и вместе с тем увеличивают бремя расходов на медицинское обслуживание данной категории больных.

Ряд исследований свидетельствует о разноплановом влиянии психического фактора на формирование хронического болевого синдрома: в одних случаях он выступает предрасполагающим, провоцирующим или преципитирующим фактором, в других — представляет интерес как с точки зрения диагностики, так и в плане разработки эффективных терапевтических стратегий [1].

Одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получив-

шими развитие в последние годы, является качество жизни (КЖ).

Качество жизни — это интегральная характеристика физического, социально-психологического и эмоционального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [3]. Было установлено, что заключения врача о состоянии больного, основанные на лабораторно-инструментальных данных и собственном клиническом впечатлении, могут отличаться от оценки пациента, оказываясь недостаточными для создания полной картины. Кроме того, КЖ становится одним из ключевых показателей ранних и отдаленных последствий хирургических операций [14, 15, 16].

В проведенном исследовании были изучены изменения параметров качества жизни в связи с динамикой психопатологических нарушений и тазовых болей у пациенток с ХТБ на фоне лечения антидепрессантами и комбинированной терапии.

Было обследовано 88 женщин, наблюдавшихся у гинеколога с ХТБ. Наряду с подробным гинекологическим обследованием осуществлялась динамическая оценка психического состояния пациенток при помощи клинко-психопатологического наблюдения и экспериментально-психологического метода (опросник МНҚ для оценки личностных особенностей и тяжести невротической симптоматики [2], опросник SF-36 для оценки показателей качества жизни [7]). Выраженность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 5 баллов.

Все женщины были подвергнуты оперативному вмешательству в отделении оперативной гинекологии

Института акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта (ИАГ), в ходе которого осуществлялись диагностические и лечебные мероприятия в необходимом объеме.

Возраст пациенток находился в диапазоне от 30 до 40 лет (средний возраст — $34,8 \pm 5,6$ лет). Все они имели среднеспециальное или высшее образование, состояли в браке или имели постоянного партнера. Средняя продолжительность периода от момента возникновения боли до обращения в ИАГ составляла $4,3 \pm 1,8$ лет. Больше половины женщин первые 2–4 года лечились от воспаления придатков и эндометриоза. В среднем на каждую женщину пришлось 60–80 дней нетрудоспособности в год и $4,9 \pm 0,4$ госпитализаций за все время болезни, что свидетельствует о низком качестве жизни.

Психические нарушения у пациенток с ХТБ были представлены депрессивными ($44,3 \pm 5,3\%$), тревожно-депрессивными ($17,0 \pm 5,2\%$), соматизированными ($18,2 \pm 4,1\%$) и ипохондрическими расстройствами ($20,5 \pm 4,3\%$).

У $79,5 \pm 4,3\%$ больных была выявлена гинекологическая патология, представленная преимущественно малыми формами расстройств (эндометриоз I–II степени, ретрофлексия матки, спаечный процесс, поликистоз яичников), тяжесть которой в большинстве случаев не соответствовала выраженности болевой симптоматики. После оперативного лечения (через 4 нед.) тазовая боль купировалась у $27,3 \pm 4,7\%$ больных (24 наблюдения), уменьшилась у $42,0 \pm 5,3\%$ больных (37 наблюдений), оставалась без изменений у $28,4 \pm 4,8\%$ больных (25 наблюдений), усилилась у $2,3 \pm 1,6\%$ больных (2 наблюдения).

По данным показателей качества жизни, изучение которых проводилось в те же сроки, оказалось, что большинство женщин, оценивавших его до операции как низкое, не отметили положительной динамики после оперативного лечения. Снизились показатели по шкалам «влияние физического состояния на ролевое функционирование» (RP) (с $35,4 \pm 2,3$ баллов до $16,9 \pm 6,2$ балла), «влияние эмоционального функционирования на ролевое поведение» (RE) (с $45,4 \pm 5,7$ баллов до $22,9 \pm 4,8$ баллов). Значения шкал «социальное функционирование» (SF) ($49,0 \pm 4,3$ балла и $47,3 \pm 5,6$ баллов) и «боли» (BP) ($33,2 \pm 7,8$ и $31,4 \pm 6,7$ баллов) продолжали оставаться на прежнем низком уровне.

На амбулаторном этапе, начиная с 5-й нед. после операции, 74 женщины получали терапию по поводу психических расстройств. Антидепрессантами пролечено 38 пациенток (группа 1). У 36 больных проводилась комбинированная терапия (группа 2). Обе группы не имели достоверных отличий по показателям выраженности боли, MNQ и SF-36.

Контрольная группа была представлена 14 женщинами, имевшими сходную клиническую картину и аналогичные личностные особенности, которые подверглись оперативному вмешательству, но не получали психотропных препаратов или психотерапевтического лечения.

В 1 группе препаратами выбора явились антидепрессанты мапротилин и флуоксетин, которые наряду с основным клиническим эффектом обладают, по данным литературы, антиноцицептивным действием [3, 12]. По мнению ряда авторов, у этих препаратов выраженное антидепрессивное действие сочетается с гармоничным соотношением анксиолитического и стимулирующего компонентов психотропного действия [8], они наиболее безопасны в отношении воздействия на плод [9].

Лечение мапротилином в дозе 75–100 мг/сут получали 28 человек, флуоксетином в дозе 20–40 мг/сут — 10 человек. Результаты лечения представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, положительный эффект от лечения антидепрессантами наблюдался у $89,5 \pm 4,9\%$ пациенток (57 человек) (6–8 нед. терапии). Больше чем у половины больных (23 человека, $60,6 \pm 7,9\%$) произошла существенная редукция депрессивных симптомов: достоверно снизились показатели по шкале депрессии MNQ ($4,6 \pm 1,8$ баллов в сравнении с $12,7 \pm 1,6$, $p < 0,001$). Наиболее эффективным лечение антидепрессантами оказалось в случае депрессивных и тревожных расстройств, наименее эффективным — при симптомах депрессии в рамках соматизированного и ипохондрического нарушений (у $10,5 \pm 5,7\%$ больных с соматизированным и ипохондрическим расстройствами отсутствовало улучшение состояния). 7 женщин ($25,0 \pm 8,1\%$) снизили дозы лекарственного средства: более низкий комплаенс при лечении мапротилином, чем при лечении флуоксетином, был обусловлен побочными явлениями, субъективно плохо переносимыми пациентками (у 52% больных, получавших мапротилин, отмечались излишняя седация, сухость во рту).

Кроме того, в процессе лечения антидепрессантами отмечалось снижение выраженности болевого синдрома. При этом уменьшение болевых проявлений происходило раньше (на 2–10-й день), чем купирование депрессивного аффекта (14-й день). Дозы антидепрессантов, при которых регистрировалось уменьшение тазо-

Таблица 1
Результаты лечения антидепрессантами психопатологических расстройств у пациенток с ХТБ

Диагностическая группа	Число пациенток абс.			
	Всего	а	б	в
Депрессивный эпизод	14	—	2	12
Дистимия	2	—	—	2
Паническое расстройство	2	—	—	2
Генерализованное тревожное расстройство	3	—	2	1
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	4	—	—	4
Соматизированное расстройство	5	1	3	1
Ипохондрическое расстройство	8	3	4	1
Всего	38	4	11	23

Условные обозначения: а — без эффекта; б — улучшение состояния; в — значительное улучшение состояния

вых болей, были ниже терапевтических (мапротилин — 25 мг/сут и меньше, флуоксетин — 20 мг/сут).

Во второй группе (36 женщин) проводилась комбинированная терапия флуоксетином в сочетании с другими психотропными препаратами. Наряду с медикаментозным лечением применялись психотерапевтические методы (гештальттерапия).

Доза флуоксетина на всем протяжении лечения (6 нед.) составляла 20 мг/сут. В качестве сочетанной терапии в течение первых 4 нед. пациентки получали такие препараты, как диазепам (седуксен в дозе от 10 до 15 мг/сут) — 22 больных с тревожно-фобическими симптомами; меллерил (сонапакс в дозе от 15 до 30 мг/сут) — 6 больных с сенесто-ипохондрическими нарушениями.

Выбор метода психотерапии был обусловлен результатами изучения малоосознаваемой психологической «выгоды», получаемой от хронической боли. Психотерапевтические задачи формулировались следующим образом: 1) коррекция масштабов переживания болезни; 2) выявление и осознание психологических «выгод», приносимых наличием хронической боли; 3) раскрытие внутриличностных конфликтов, значимых переживаний, преодоление «кризиса среднего возраста»; 4) выработка альтернативных способов разрешения трудных для пациенток ситуаций; 5) расширение способов борьбы с болью.

Занятия проводились в малых группах (по 8-10 человек). Программа психотерапевтического лечения была рассчитана на 5 нед. и включала 10 сеансов. Они проводились 2 раза в нед., начиная с 4-й нед. после выписки из стационара. Работа строилась по принципу «здесь и теперь» с использованием техник гештальттерапии и сопровождалась сеансами аутогенной тренировки. Результаты такого комбинированного лечения представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, улучшение психического состояния от комбинированной терапии было достигнуто практически у всех женщин (33 человека, $91,6 \pm 4,6$), у 29 человек ($80,6 \pm 6,6\%$) наблюдалось полное купирование невротической симптоматики. Различия между группой 2 и 1 относительно полного исчезновения симптоматики ($80,6 \pm 6,0\%$ и $60,6 \pm 7,9\%$) носят характер статистической значимости ($t=1,96$; $p<0,05$).

Таблица 2

Результаты комбинированного лечения психопатологических расстройств у пациенток с ХТБ

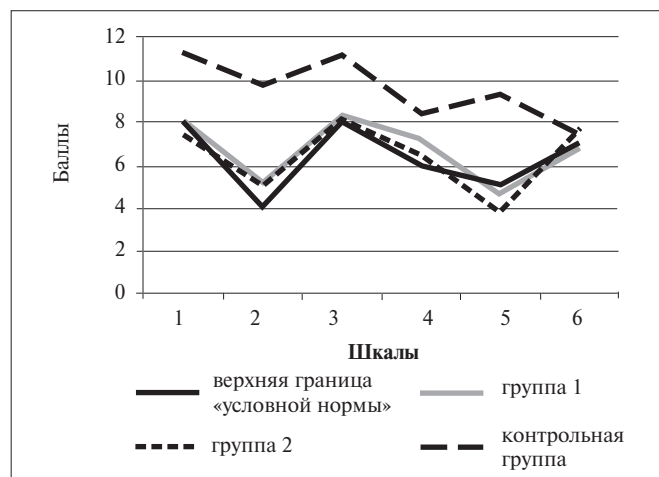
Диагностическая группа	Число пациенток абс			
	Всего	а	б	в
Депрессивный эпизод	12	—	—	12
Дистимия	8	—	1	7
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	3	—	—	3
Соматизированное расстройство	5	—	1	4
Ипохондрическое расстройство	8	3	2	3
Всего	36	3	4	29

• - условные обозначения те же, что и в таблице 1

Диаграмма 1

Характеристика психопатологических расстройств по данным МНҚ

Шкалы опросника: 1 — свободно плавающая тревога; 2 — фобии; 3 — навязчивости; 4 — соматизация тревоги; 5 — депрессия; 6 — истерия



Менее эффективной терапия оказалась в отношении ипохондрического синдрома как в группе 2, так и в группе 1. В этих случаях имеется четкая взаимосвязь преморбидных личностных особенностей пациенток и структуры их психопатологических расстройств. При такой связи регистрируется, как правило, меньший терапевтический эффект, объясняемый аффективно-эгоцентрической позицией женщин.

В результате проведенного лечения у большинства пациенток группы 2 (31 человек, $86,1 \pm 5,8\%$) удалось добиться не только улучшения психического состояния и осознания психологических механизмов болезни, но и редукции боли.

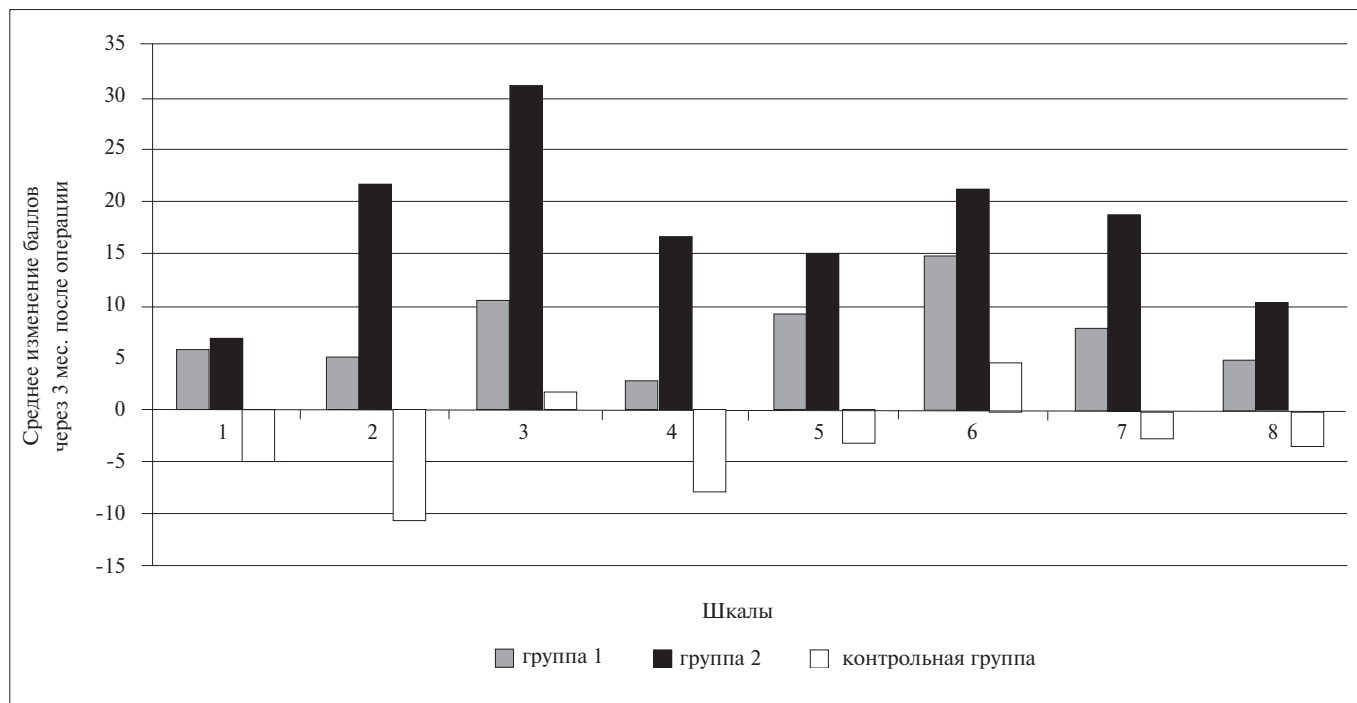
При обследовании пациенток контрольной группы через 3 мес. после оперативного лечения тазовая боль сохранялась у $50,0 \pm 13,4\%$ больных (7 человек), а полностью прошла только у $14,3 \pm 9,4\%$ больных (2 человека). Показатели шкал МНҚ были выше верхней границы «условной нормы», достоверно отличаясь от показателей в группах женщин, получавших после операции лечение в связи с психическими нарушениями (диаграмма 1).

При сравнении показателей качества жизни после проведенного лечения антидепрессантами (группа 1) и комбинированной терапии (группа 2) отмечалось, что через 3 мес. после операции в обеих группах регистрируется положительная динамика в отличие от контрольной группы. Однако наиболее существенное улучшение произошло в группе, где проводилась комбинированная терапия (диаграмма 2).

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что ХТБ представляет собой сложный психосоматический феномен, в связи с чем лечение пациенток должно быть направлено не только на коррекцию соматического статуса (гинекологическую патологию), но и устранение психопатологических расстройств. Терапия психических нарушений позво-

Оценка пациентками с ХТБ качества жизни (опросник SF-36)

Шкалы опросника: 1 – физическое функционирование (PF); 2 – физическо-ролевое функционирование (RP); 3 – физическая боль (BP); 4 – общее здоровье (GH); 5 – жизненная сила (VT); 6 – социальное функционирование (SF); 7 – эмоционально-ролевое функционирование (RE); 8 – психическое здоровье (MH)



ляет редуцировать болевые ощущения и достоверно улучшить качество жизни женщин. Наиболее эффективной лечебной стратегией в отношении пациенток, у которых ХТБ сочетается с расстройствами тревожно-депрессивного спектра, является проведение в послеоперационном периоде комбинированной терапии, включающей применение психофармакологических средств и психотерапевтических методов. Изучение качества жизни позволяет получать ценную информацию о влиянии ХТБ и проводимого лечения на психическое и физическое здоровье, социальную активность больных наряду с традиционными методами оценки боли и результатами клинко-инструментальных обследований.

Abstract

The quality of life analysis in connection with dynamics of psychopathologic disorders and chronic pelvic pains (CPP) in 88 female patients on a background of treatment by antidepressants and combined therapy was performed. All of them were divided into three groups: the surgical treatment (control group), group treated with antidepressants, and group treated with antidepressants and psychotherapeutic methods. The most effective medical policy in CPP patients was combined treatment conducting in a postoperative period. The analysis of a quality of life allows to gain the valuable information on influencing CPP and conducted treatment on mental and physical health, and social activity.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А., Аведисова А.С., Серебрякова Т.В. Медикаментозные средства в пограничной психиатрии. – М., 1995. – 49 с.
2. Карпов О.И., Зайцев А.А. Риск применения лекарств при беременности и лактации. Справочное руководство. – СПб, «БХВ – Санкт-Петербург», 1998. – 352 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
4. Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. – М., 1992. – 176 с.
5. Филатова Е.Г., Вейн А.М. Фармакология боли // Русск. мед. журн. – 1999. Т.7, № 9. – С. 410-419.
6. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглова И.Ю., Попов П.А. – СПб., 1995. – 149 с.
7. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России // Исследование качества жизни в медицине. Материалы Всероссийской конференции с международным участием. – СПб, 2000. С. 3-22.
8. Bond M., Hughes A.M. Psychological aspects of chronic pain // Int. Disabil. Studies. – 1987. – Vol. 9, No 1. – P. 23-27
9. Crown S., Crisp A.H. Manual of the Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ). – London, 1970.
10. Egbunike I.G., Chaffee B.J. Antidepressants in the management of chronic pain syndromes // Pharmacotherapy. – 1990. – Vol. 10 (4). – P. 262-270
11. IASP. International Association for the study of pain // Pain. – 1986. – Suppl.3. – P. 44-48, 175-179
12. Reiter R.C., Gambone J.C. Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy // Journ. Reprod. Medicine, 1991. – Vol.36, No 4. – P. 253-259.
13. Soo Keat Khoo. Lower abdominal pain in women // Patient management – 1990. – Suppl. – P. 13-23.
14. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36- item short form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection // Medical Care. – 1992. – №30. – P. 473- 483.
15. Ware J.E., Snow K.K. et al. SF-36 health survey: Manual and Interpretation guide. MA: Boston, 1993.
16. Ware J.E. The status of health assessment 1994 // Public Health. – 1995. – Vol. 16. – P. 327- 354.