

УДК 614.253.8–055.2:618.13–009.7–036.12

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И АССОЦИИРОВАННОЕ С НЕЙ ПОВЕДЕНИЕ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ

М.Ю. Сурмач, к.м.н.; А.К. Жандарова; А.С. Черняк

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*По материалам опросов, проведенных с пятилетним интервалом (2004-2006 и 2009 гг.), изучены распространённость, интенсивность, особенности локализации и обострения хронической тазовой боли у женщин. Исследованы возможные причины и способствующие возникновению боли психосоциальные факторы. Выявлены особенности влияния хронической тазовой боли на медицинскую активность женщин.*

**Ключевые слова:** хроническая тазовая боль, молодые женщины, психосоциальные факторы, медицинская активность

*Prevalence, intensity, features of localization and aggravation of chronic pelvic pain in women have been estimated by the questionnaire data got in a five years' interval (2004-2006 and 2009). The possible causes and provoking psychosocial factors have been investigated. Peculiarities of influence of chronic pelvic pain on medical activity of women have been revealed.*

**Key words:** chronic pelvic pain, young women, psychosocial factors, medical activity

### Введение

Хроническая тазовая боль – наиболее частый и одновременно трудный для диагностики синдром у гинекологических пациенток. По литературным данным, основной причиной хронических болей в области таза у женщин является тазовое венозное полнокровие. Вторая по значимости причина – эндометриоз. Далее следуют хронический сальпингоофорит и миома матки [1].

Нередко обнаружить органическую причину при наличии хронической тазовой боли не удаётся: хронический тазовый болевой синдром – ХТБС – составляет в данном случае самостоятельный диагноз. Так, Институтом Гэллапа было опрошено 17927 домашних хозяйств в США (1994). Выявлено, что каждая седьмая жительница Соединённых Штатов возраста 18-49 лет имеет хроническую боль в области таза, и в 61% случаев её причина была неизвестна [8]. По данным опроса, проведенного в Великобритании (2001) среди женщин 18-49 лет (n=3916), показатель распространённости ХТБС за последние три месяца составил 24%. Треть женщин отмечали, что боли начались более пяти лет назад. Была установлена также более высокая частота тревожности, связанной с болью (31%), у женщин с ХТБС, в сравнении с женщинами, имеющими дисменорею (7%) [15]. Только треть женщин 18-50 лет из числа 2261, вошедших в рандомизированную выборку 2004 г. в Новой Зеландии, не испытывали хронической тазовой боли на протяжении ближайших к моменту опроса трёх месяцев; 25,4% женщин отмечали наличие болевого синдрома, не ассоциированного ни с менструальным циклом ни с сексуальной активностью, из них у 47,7% диагноз остался невыясненным [11]. Опрос (2008) в Австралии 1983 женщин 16-49 лет, менструирующих и сексуально активных, выявил распространённость дисменореи у 71,7 женщин из 100, диспареунии – у 14,1 и невыясненной тазовой боли у 21,5. Только 23,3% женщин не имели тазовой боли [13].

Установлено, что возникновение боли и её хронизация могут быть вызваны четырьмя группами факторов, в том числе психологическими механизмами и факторами социального окружения [12].

К психосоциальным факторам риска относят присутствие насилия. Ещё в 1960-х гг. в США было начато изучение хронической тазовой боли как результата сексуального насилия над женщиной, перенесенного ею в детстве [10]. Позже было доказано, что конфликты в семье и

домашнее насилие – также факторы риска хронической тазовой боли у женщин [6]. Так, при анализе семейной положения пациенток с тазовыми болями было обнаружено значительное преобладание разведённых и незамужних [2]. Это подтверждает полученные ранее данные о наличии у рассматриваемой категории пациенток конфликтных отношений в семейной жизни [6].

В исследовании, проведенном в БГУ (2009), установлено, что жертвами домашнего насилия становятся женщины из самых различных социальных слоев. Ситуация насилия в значительной степени способствует повышению личностной тревожности у женщины, возникновению депрессивного состояния [3].

Зависимость между выраженностью депрессивных нарушений и наличием болевого синдрома подтверждается в целом ряде работ. Так, исследования, проведенные в 2005 г. в США, показали, что женщины с хронической тазовой болью, испытывающие насилие, значительно чаще демонстрировали психологический дистресс, в сравнении с женщинами, не имеющими тазовой боли. Максимальная степень астении была установлена у женщин с хронической тазовой болью, живущих в ситуации физического насилия. Женщины без хронических болей в области таза даже при наличии фактора насилия проявляли значительно меньшую степень психологического дистресса [9].

Синдром хронической тазовой боли (ХТБС) является одним из психосоматических вариантов «боли-болезни», при котором зависимость формирования боли и болевого поведения обуславливается повреждением ноцицептивной и антиноцицептивной системы [4, 7]. Г.А.Савицкий, в частности, приводит схему дифференциальной диагностики между ХТБС («боль-болезнь») и тазовыми болями органического происхождения («боль-симптом») [7]. Хронические боли в тазовой области и внизу живота нередко сопровождают разнообразные сексуальные неврозы у женщин [5].

Согласно данным исследований, проведенных в Норвегии, боль тесно связана с качеством жизни. Но связь эта непрямая. Так, отсутствие боли само по себе качество жизни не изменяет. В то же время, наличие боли его значительно снижает, а также коррелирует с астенией. Причём именно тазовая боль, по сравнению с болью любой другой локализации, имеет наибольший отрицательный эффект [14].

Данные о распространённости хронической тазовой боли у женщин, проживающих в Республике Беларусь, пока отсутствуют. Однако трудность для диагностики и доказанное негативное влияние хронической тазовой боли на качество жизни женщин определяют актуальность исследований. Целью нашей работы являлось установить особенности распространённости хронической тазовой боли у молодых женщин Беларуси и ассоциированного с ней поведения по отношению к медицинской помощи.

### Материал и методы

В 2004–2006 гг. с использованием оригинального инструментария было опрошено 1500 женщин молодого (15–29 лет) возраста, имеющих опыт половой жизни. Рандомизированная выборка моделировала молодёжь Беларуси по территориальному признаку. Опрос проводился средними медицинскими работниками. Повторный опрос, позволяющий выполнить углубленное изучение факторов, связанных с хронической тазовой болью у молодых женщин, был проведен в 2009 году. В выборочную совокупность вошли 315 женщин молодого возраста, проживающих в западном регионе республики (Брест, Гродно).

### Результаты и обсуждение

*Распространённость и интенсивность боли.* Около 53,1% женщин молодого возраста, проживающих в Республике Беларусь, на момент опроса 2004–2005 гг. положительно ответили на вопрос о наличии постоянной или интермиттирующей, беспокоящей не беременную и не находящуюся в послеродовом периоде женщину на протяжении не менее 6 месяцев, боли в области таза. Её средняя интенсивность составила  $4,99 \pm 0,1$  балл по 10-балльной шкале. В 2009 г. распространённость боли среди женщин западного региона составила 56,2 имеющих симптомы на 100 женщин, средняя интенсивность –  $5,4 \pm 0,12$  балла.

*Особенности обострения болей.* Большинство (30,5%) женщин указывали на наличие альгоменореи. Каждая десятая опрошенная молодая женщина отмечала, что боль возникает и сама по себе, и во время менструации. Около 9% указали на боль, не связанную ни с менструацией, ни с сексуальной активностью. Ещё 4% женщин отметили, что испытывают хроническую боль в области таза и внизу живота, которая возникает и во время менструаций, и во время полового акта, и сама по себе. Порядка 1,5% молодых женщин отмечали хроническую тазовую боль, возникающую во время полового акта; столько же – хроническую тазовую боль, возникающую и во время полового акта, и саму по себе.

*Возможные причины боли и способствующие её возникновению психосоциальные факторы.* Большинство женщин с наличием хронической тазовой боли указывали на одну из перечисленных в вопросе возможных её причин. Так, около 18,3% женщин отмечали наличие цистита или пиелонефрита; 13,4% указывали на наличие воспалительной патологии внутренних половых органов, столько же – на хронические заболевания кишечника. Рождение ребёнка массой 4 кг и более было у 6,5% женщин с хронической тазовой болью. Наличие миомы отметили 3,2%. Варикозное расширение вен малого таза 1,6%. Эндометриоз – 1,07%. Другие заболевания мочеполовой сферы имеются у 3,2%. В то же время, около 40% женщин указали, что не имеют никакой патологии из числа перечисленной, либо не знают о её наличии.

В группе женщин с наличием хронической тазовой боли имели аборт в анамнезе 15,8%; с отсутствием –

23,2%, соответственно ( $p > 0,05$ ). Испытывали выраженное чувство вины за произошедшее прерывание беременности 33,3% женщин с наличием боли и 31% – без; не считали себя виновной за произошедшее 23,3% женщин с болью и 17,2% – без; испытывали вину, но «были вынуждены сделать аборт» 43,3% и 51,7%, соответственно. Статистически значимых различий в распределении по чувству вины за совершённый аборт в группах женщин, имеющих и не имеющих тазовые боли, не установлено.

В группе женщин с наличием боли никогда не состояли в браке 60,5%, разведены 3,4%, вдов нет; в группе женщин без болевого синдрома 54,3% в браке никогда не состояли, 2,9% разведены, 0,7% вдовы. Статистически значимых различий по долям одиноких женщин в группах женщин, имеющих и не имеющих тазовые боли, не установлено. Не установлено также статистически значимых различий между группами имеющих и не имеющих болевого синдром женщин по фактору проживания.

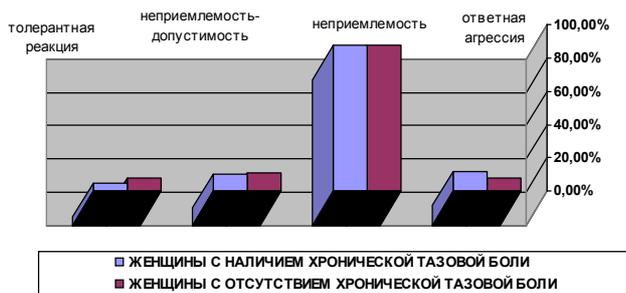
Сексуальную агрессию со стороны незнакомого человека испытывали 23,16% имеющих боль и 15,9% не имеющих. Различия есть, но статистически они не подтверждаются. Показатели агрессии со стороны полового партнёра несколько выше: около 46 случаев (учтены все формы насилия, включая психологическое) на 100 опрошенных с наличием хронической боли в области таза, и порядка 40 случаев на 100 женщин без болевого синдрома. Показатели распространённости насилия в родительских семьях (со стороны отца или брата) составили около 21 случая насилия на 100 опрошенных с наличием хронической боли в области таза, и порядка 18 случаев на 100 женщин без болевого синдрома. Преобладание показателей распространённости всех форм насилия в группе женщин с хроническими тазовыми болями налицо, но статистически оно не подтверждается (что, вероятно, обусловлено малым числом наблюдений).

Сравнительный анализ реакции женщин на насилие, проведенный между двумя группами женщин (имеющих и не имеющих тазовой боли, соответственно) также не выявил статистически значимых отличий. Так, в качестве реакции на предложенную гипотетическую ситуацию насилия в семье вариант ответа «не допустить» выбрали 52% женщин с наличием боли и 48,6% – с отсутствием; «простить» – 1,13% и 4,3%, соответственно; «ответить агрессией» – 11,9% и 8%; «уйти из дома» – 3,4% и 2,9%; «поставить вопрос о дальнейшем совместном проживании» – 32,2% и 30,4%; «обидеться» – 4% и 3,6%; «позвонить «02»» – 3,4% и 8,7%; «отомстить со временем» – 6,8% и 8%.

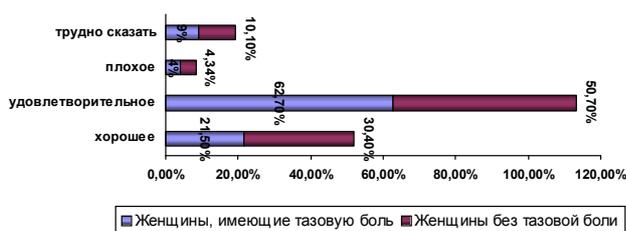
Объединение близких по содержанию альтернатив с выделением групп женщин в зависимости от реакции на домашнее насилие (а именно: толерантная реакция («простить», «обидеться»); неприемлемость-допустимость («уйти из дома», «отомстить со временем»); неприемлемость («не допустить», «поставить вопрос о дальнейшем совместном проживании», «позвонить «02»»); ответная агрессия) ещё более подчеркнуло отсутствие различий в поведении по отношению к насилию женщин, имеющих хроническую тазовую боль, и не имеющих её (рис. 1).

*Влияние хронической тазовой боли на медицинскую активность и самооценку здоровья.* Сравнительный анализ самооценки здоровья женщин, имеющих хроническую тазовую боль и не имеющих её (рис. 2), показал статистически значимые отличия.

Так, доля женщин, оценивающих состояние своего здоровья как «удовлетворительное», среди имеющих хроническую тазовую боль выше (62,7% против 50,7%,



**Рисунок 1 – Сравнительный анализ реакции на насилие в семье женщин с наличием хронической боли в области таза и с её отсутствием, соответственно**



**Рисунок 2 – Сравнительный анализ самооценок здоровья женщин с наличием и отсутствием хронической тазовой боли, соответственно**

$\chi^2=4,56$ ,  $p=0,03$ ). В то же время, доля женщин, оценивающих состояние своего здоровья как «хорошее», среди респонденток, имеющих хроническую тазовую боль, соответственно, ниже (21,5% против 30,4%), чем среди тазовой боли не имеющих.

Структура обращений за медицинской помощью женщин, имеющих и не имеющих хронической тазовой боли, оказалась следующей. Обращаются к врачу сразу, при малейшем недомогании 2,8% женщин с тазовой болью и 2,9% – без; когда несколько дней плохо себя чувствуют 37,4% и 35,4%, соответственно; только в случае тяжёлой болезни 33,4% женщин с тазовой болью и 26,8% – без; когда нужен лист нетрудоспособности – 7,9% и 7,2%, соответственно. По своей инициативе к врачам не обращаются, но проходят обязательные диспансерные обследования 17% женщин с тазовой болью и 23% – без неё; к врачам не обращаются вообще 1,12% и 3,5% женщин, соответственно. Некоторые различия в структуре обращаемости за медицинской помощью оказались статистически незначимыми.

Сравнительный анализ оценки женщинами доступности консультации специалиста также не выявил статистически значимых различий в ответах женщин с наличием и отсутствием хронической тазовой боли. Так, в группе женщин с тазовой болью оценили возможность получения своевременной консультации сексолога положительно 27,1%, отрицательно – 67,8%, остальные затруднились с ответом; консультации психолога – положительно 54,8%, отрицательно 40,7%. Женщины с отсутствием тазовой боли оценили возможность получения своевременной консультации сексолога положительно в 28,9% ответов, отрицательно – 67,4%, остальные затруднились с ответом; консультации психолога – положительно 50,7%, отрицательно 46,4%.

### Выводы

Итак, более чем каждая вторая женщина молодого возраста, проживающая в Республике Беларусь, отмеча-

ет наличие боли в области таза или внизу живота на протяжении не менее 6 месяцев, предшествовавших опросу. Показатели распространённости болей, согласно данным опросов 2004-2005 и 2009 гг., статистически значимо не отличаются. Следовательно, за прослеженный пятилетний интервал времени распространённость хронической тазовой боли у молодых женщин не имеет тенденции к снижению.

Средняя интенсивность болевого синдрома, оцененная по 10-балльной шкале самооценки силы боли, составила в целом порядка 5 баллов (по данным 2004-2005 гг.  $4,99 \pm 0,1$  балл; по данным 2009 г.  $5,4 \pm 0,12$  балла).

По данным опроса можно предположить, что среди возможных причин боли у женщин молодого возраста первое место принадлежит воспалительным заболеваниям мочеполовой сферы, второе – хронической патологии кишечника. Другая патология из числа возможных причин боли наблюдается значительно реже. У 40% женщин, испытывающих хронические тазовые боли, по данным опроса не удалось установить их возможную органическую причину (таковая отсутствует, либо женщине неизвестно о наличии). Следовательно, можно предположить, что у каждой пятой-четвёртой женщины молодого возраста, проживающей в Республике Беларусь, имеются хронические боли в области таза или внизу живота, этиология которых не ясна.

Результаты статистического анализа, имевшего целью уточнить влияние тех или иных психосоциальных факторов на распространённость хронической тазовой боли, в нашем исследовании не подтвердили зависимость между такими признаками, как проживание, семейное положение, наличие чувства вины за перенесенный аборт (постабортный синдром), и присутствием у женщины хронических тазовых болей.

Несмотря на литературное подтверждение влияния фактора насилия в жизни женщины на возникновение у неё тазовых болей и их хронизацию, нам (видимо, в связи с малым количеством наблюдений) не удалось подтвердить подобное влияние. Преобладание показателей распространённости всех форм насилия в группе женщин с тазовым болевым синдромом налицо. Тем не менее, статистически выявленные различия не значимы. Сравнительный анализ реакции женщин на насилие также не выявил статистически значимых отличий между группами женщин, имеющих и не имеющих тазовой боли, соответственно. Одновременно установлены высокие показатели распространённости гендерного насилия по отношению к женщине молодого возраста, и преобладание адекватной формы реакции (почти каждая вторая опрошенная выбрала вариант ответа «не допустить») на него.

Нами установлено статистически значимое влияние присутствия хронической тазовой боли у молодых женщин на показатели самооценки здоровья (у женщин, имеющих хроническую тазовую боль, самооценка здоровья ниже). В то же время, структура обращений за медицинской помощью по причинам у женщин, имеющих и не имеющих хронической тазовой боли, не имеет значимых отличий. Наиболее часто женщины обращаются за медицинской помощью только тогда, когда несколько дней плохо себя чувствуют (около 36%) или в случае тяжёлой болезни (33,4% женщин с тазовой болью и 26,8% – без неё); каждая пятая молодая женщина по своей инициативе к врачам не обращается, но проходит ежегодный диспансерный осмотр.

Оценка женщинами доступности консультации сексолога, психолога также не отличалась у женщин с нали-

нием тазовой боли и с её отсутствием. В целом, консультация сексолога оценена как доступная только каждой четвёртой; консультация психолога – каждой второй женщиной молодого возраста.

#### Заключение

Более чем каждая вторая женщина молодого возраста, проживающая в Республике Беларусь, отмечает наличие хронической тазовой боли, средняя интенсивность которой соответствует 5 баллам по 10-балльной шкале. Учитывая, что опрашиваемый контингент состоял из женщин группы резерва родов, подлежащей обязательному диспансерному наблюдению, предположительно, у каждой четвёртой молодой белоруски присутствует хроническая тазовая боль, этиология которой не выяснена. Показатели распространённости и интенсивности боли не имели тенденции к снижению за последнее пятилетие.

Несмотря на статистически подтверждаемое влияние хронической тазовой боли у молодых женщин на их самооценку здоровья, она не влияет на медицинскую активность. Основным побудительным мотивом обращения женщины за медицинской помощью остаётся плохое самочувствие на протяжении как минимум нескольких дней или усугубление выраженности патологических симптомов («тяжёлая болезнь»). Одной из возможных причин низкой профилактической активности является недостаточная доступность, по данным субъективной оценки женщинами, консультативной помощи, несомненно, важной при хронической тазовой боли – а именно, консультации сексолога и психолога.

#### Литература

1. Дифференциальная диагностика хронических тазовых болей у женщин в свете синдрома тазового венозного полнокровия / С.Г. Гаврилов [и др.] // Российский вестник акушера – гинеколога. – 2006. – №4. – С. 49-53.
2. Линева, О.И. Энерион в комплексной терапии больных с синдромом хронической тазовой боли / О.И. Линева // Российский вестник акушера – гинеколога. – 2006. – №2. – С. 41-43.
3. Пантюк, И.В. Социально-психологические особенности женщин, подвергшихся насилию в семье / И.В. Пантюк, Т.Ю.

Юрцевич // Проблемы общественного здоровья реформирование здравоохранения. – 2009. – №10. – С. 35-38.

4. Подзолкокова, Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М. Подзолкокова, О.Л. Глазова. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 448 с.
5. Сандомирский, М. Психосоматически – ориентированные модели психосоматических расстройств / М. Сандомирский // Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. – Москва, 2005. – Гл. 4. – С. 132 – 143.
6. Тимофеева, Е.Н. Синдром хронических тазовых болей, диагностика и пути коррекции: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Е.Н. Тимофеева. – Самара, 2001. – 24 с.
7. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Г.А. Савицкий [и др.]; под общ. ред. Г.А. Савицкого. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 144 с.
8. Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Health-Related Quality of Life, and Economic Correlates / Susan D. Mathias [et al] // *Obstetrics & Gynecology*. – 1996. – Vol. 87. – N.3. – P. 321-327.
9. Contributions of physical and sexual abuse to women's experiences with chronic pelvic pain. / E.L. Poleshuck [etc.]. // *J Reprod Med*. – 2005. – Feb; 50(2). – P. 91-100.
10. Gidro-Frank. Pelvic pain and female identity / Gidro-Frank, T. Gordon, H. Taylor // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1960. – № 79. – P. 1184 – 1202.
11. Grace, V.M. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services / V.M. Grace, K.T. Zondervan // *Aust N Z J Public Health*. – 2004. – Aug; 28(4). – P. 369-375.
12. Moore, J., Kennedy, S.H. Causes of chronic pelvic pain // *Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2000. – Volume 14. – Issue 3. – P. 541-556.
13. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. / M.K. Pitts [etc.]. // *Med J Aust*. – 2008. – Aug 4; 189(3). – P. 131-132.
14. Quality of Life, Pain and Psychological Well-Being in Women Suffering from Gynecological Disorders / Rannestad Toril [etc.] // *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. – 2000. – Vol. 9. – N. 8. – P. 897 – 903.
15. Zondervan K. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour // *Br J Gen Pract*. – 2001. – Jul; 51(468). – P. 524-526.

Поступила 28.12.09