

Оцінка якості життя та психологічного стану жінок із хронічними запальними процесами органів малого таза на фоні тазового болю

Н.І. Матвійків

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета дослідження: оцінювання психологічного статусу та якості життя жінок із синдромом хронічного тазового болю під час лікування повторних запальних процесів органів малого таза.

Матеріали та методи. Було проведено спостереження за 100 жінками у репродуктивному віці, у яких діагностовано синдром хронічного тазового болю при хронічних запальних процесах органів малого таза. Усім жінкам було призначено антибактеріальну терапію у поєднанні із антигіпоксантами та антиагрегантами.

До першої групи увійшли жінки (n=48), яким було призначено аналгетик внутрішньом'язово у зв'язку із наявними протипоказаннями до застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). У другій групі жінки (n=52) отримали ректально НПЗП. Пацієнткам було проведено анкетування через 3 міс після лікування: використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ), опитувальник Мак-Гілла, опитувальник Спілберґера–Ханіна, шкалу депресій Центру епідеміологічних досліджень США, шкалу оцінювання депресій Бека, опитувальник SF-36.

Результати. За отриманими результатами оцінювання якості життя та зміни психологічного стану були помічені наступні відмінності. У групі жінок, яка до основної терапії отримувала знеболювальний препарат внутрішньом'язово, зазначені показники змінилися, але незначно, порівняно із групою жінок, котрим було запропоновано застосування НПЗП. Показники якості життя та психологічного стану у жінок другої групи значно покращилися.

Заключення. Дані проведеного дослідження демонструють позитивні результати застосування комплексного підходу у лікуванні запальних процесів органів малого таза, які супроводжуються тазовим болем.

Ключові слова: хронічні запальні процеси органів малого таза, синдром хронічного тазового болю, психоемоційний стан, нестероїдні протизапальні препарати.

Assessment of quality of life and psychological condition of women with chronic inflammatory processes of the pelvic organs on the background of pelvic pain

N. Matviikiv

The objective: was to assess the psychological status and quality of life of women in the treatment of recurrent pelvic inflammatory disease with chronic pelvic pain syndrome.

Materials and methods. We observed 100 women of reproductive age who suffered from chronic pelvic pain syndrome in chronic inflammatory processes of the pelvic organs. All women were prescribed antibacterial therapy in combination with antihypoxants and antiplatelet agents.

The first group included women (n=48) who were prescribed analgesics domestically due to existing contraindications to the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. The second group of women (n=52) received a rectally non-steroidal anti-inflammatory drug. The second group of women (n=52) received a rectally non-steroidal anti-inflammatory agent. Patients were interviewed 3 months after treatment: using the Visual Analog Scale (VAS), the McGill Questionnaire, the Spielberger–Hanin Questionnaire, the Depression Center of the US Center for Epidemiological Research, the Beck Depression Rating Scale, and the SF-36 Questionnaire.

Results. According to the results of the assessment of quality of life and changes in psychological state, we noticed the following differences. In the group of women who received analgesic medium before muscle therapy, the change in muscle changed but slightly compared with the group of women who were offered the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Indicators of quality of life and psychological condition in women of the second group have significantly improved.

Conclusions. The results of this study indicate the relationship and comprehensive approach in the treatment of pelvic inflammatory disease, which is accompanied by pelvic pain.

Keywords: chronic inflammatory processes of pelvic organs, chronic pelvic pain syndrome, psychoemotional state, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Оценка качества жизни и психологического состояния женщин с хроническими воспалительными процессами органов малого таза на фоне тазовой боли

Н.И. Матвийкив

Цель исследования: оценка психологического статуса и качества жизни женщин с синдромом хронической тазовой боли при лечении повторных воспалительных процессов органов малого таза.

Материалы и методы. Было проведено наблюдение за 100 женщинами в репродуктивном возрасте, у которых диагностирован синдром хронической тазовой боли при хронических воспалительных процессах органов малого таза. Всем женщинам была назначена антибактериальная терапия в сочетании с антигипоксантами и антиагрегантами.

В первую группу вошли женщины (n=48), которым был назначен аналгетик внутримышечно в связи с имеющимися противопоказаниями к применению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Во второй группе женщины (n=52) получили ректально НПВП. Пациенткам было проведено анкетирование через 3 мес после лечения: использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), опросник Мак-Гилла, опросник Спилберґера–Ханина, шкалу депрессий Центра эпидемиологических исследований США, шкалу оценивания депрессий Бека, опросник SF-36.

Результати. По полученных результатам оценки качества жизни и изменения психологического состояния были замечены следующие различия. В группе женщин, которая к основной терапии получала обезболивающий препарат внутримышечно, указанные показатели изменились, но незначительно, по сравнению с группой женщин, которым было предложено применение НПВП. Показатели качества жизни и психологического состояния у женщин второй группы значительно улучшились.

Заключение. Данные проведенного исследования демонстрируют положительные результаты применения комплексного подхода в лечении воспалительных процессов органов малого таза, которые сопровождаются тазовой болью.

Ключевые слова: хронические воспалительные процессы органов малого таза, синдром хронической тазовой боли, психоэмоциональное состояние, нестероидные противовоспалительные препараты.

Зниження якості життя жінок із хронічними запальними процесами органів малого таза, зазвичай зумовлено наявністю синдрому хронічного тазового болю (СХТБ). Хронічний тазовий біль у жінок визначають як стійкий нециклічний біль, який, як вважається, локалізується у структурах, пов'язаних з тазом, і триває більше шести місяців [1, 2]. Часто неможливо визначити специфічну етіологію болю, та його можна окреслити як хронічний регіональний больовий синдром або функціональний соматичний больовий синдром. Зазвичай він асоціюється з іншими функціональними соматичними больовими синдромами (наприклад, синдромом подразненого кишечника, неспецифічним синдромом хронічної втоми) та порушеннями психічного здоров'я (наприклад, посттравматичним стресовим розладом, депресією) [8, 11].

За даними різних авторів, СХТБ діагностують у жінок репродуктивного віку у 12–39% випадків [6, 8]. СХТБ супроводжує не лише запальні процеси органів малого таза, які займають близько третини від усіх захворювань, але і генітальний ендометріоз (20–25%), післяопераційний спайковий процес (28,9%) [3–5]. Інші можливі причини: синдром Алена–Мастерса, варикозне розширення вен малого таза, захворювання сечового міхура та сечовивідних шляхів, тазові гангліоніти та різноманітні дисфункції опорно-рухової системи [1, 10].

Однак СХТБ може спостерігатись у жінок без наявних захворювань генітальної та екстрагенітальної органічної патології, тобто він супроводжує психосоматичні порушення (до 2%) [6, 7, 12–14]. Такий діагноз може бути встановлений у приблизно 60% пацієнок, які тривалий час скаржаться на наявний хронічний тазовий біль [13]. Переважна більшість порушень – це різного ступеня тривожно-депресивні стани, які свідчать про психосоматичні розлади і є причиною зниження якості життя. На сьогодні існує небагато досліджень комплексу психофізіологічних характеристик особистості та визначення психоневрологічних станів у жінок у рамках вивчення СХТБ [9, 13].

Аналізуючи наукові праці, які присвячені вивченню психодинамічних співвідношень запальних процесів органів малого таза та хронічного тазового болю, виявлено, що низка авторів вирізняють такі типологічні особливості жінки, як тривожність, функціональний стан нервової системи, екстраверсія–інтроверсія, імпульсивність, емоційність. Вони пов'язані з властивостями особистості та можуть бути тими факторами, які визначають специфіку, силу емоційного переживання та впливають на ефективність лікування [2, 9, 14].

Мета дослідження: вивчення психологічного статусу та якості життя жінок із синдромом хронічного тазового болю під час лікування повторних запальних процесів органів малого таза.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено спостереження за 100 жінками у репродуктивному віці, у яких діагностовано СХТБ при хронічних запальних процесах органів малого таза. Усім жінкам призначено антибактеріальну терапію у поєднанні із анти-

гіпоксантами та антиагрегантами. Розподілення пацієнок на групи залежало від призначеного знеболювального препарату.

До першої групи увійшли жінки (n=48), яким було призначено анагетик внутрішньом'язово у зв'язку із наявними протипоказаннями до застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

У другій групі жінки (n=52) отримали ректально НПЗП (диклофенак натрію, 100 мг на добу).

До групи контролю для оцінювання показників якості життя включено 32 пацієнтки із задовільним загальним станом, без ознак гінекологічної патології та больового синдрому.

Для визначення вираженості больового синдрому, психологічного статусу та якості життя пацієнткам було проведено анкетування через 3 міс після лікування. Для вивчення больового синдрому використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ) – кількісна оцінка: початкова точка лінії – біль відсутній (0 балів), кінцева – нестерпний біль (10 балів); опитувальник Мак-Гілла – для якісного оцінювання.

Під час інтерпретації результатів користувались:

- опитувальником Спілбергера–Ханіна – оцінювання реактивної та особистісної тривожності (до 30 балів – низька тривожність, 31–44 бали – помірна, 45 балів та більше – виражена тривожність);

- шкалою депресій Центру епідеміологічних досліджень США: від 6 до 18 балів – відсутні депресивні розлади; 19–25 балів – легкі депресивні розлади; 26 балів і більше – виражена депресія;

- шкалою оцінювання депресій Бека: до 9 балів – відсутні депресивні симптоми; 10–15 балів – легка депресія; 16–19 балів – помірна депресія; 20–29 балів – виражена депресія (середньої тяжкості); 30–63 бали – тяжка депресія.

Опитувальник SF-36 для оцінювання якості життя дає можливість проаналізувати 4 компоненти фізичного здоров'я:

- стан фізичного здоров'я (Physical Functioning – PF),
- вплив фізичного здоров'я на повсякденну діяльність (Role-Physical Functioning – RP),
- вплив болю на повсякденну активність (Bodily Pain – BP),
- загальний стан здоров'я (General Health – GH),
- та 4 компоненти психічного здоров'я (Mental Health – MH):
- життєва активність (Vitality – VT),
- соціальна активність (Social Functioning – SF),
- обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми (Role-Emotional – RE),
- психічне здоров'я (MH).

Показники кожної шкали варіюються від 0 до 100 балів, де 100 балів – це повне здоров'я.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінювання статистичної значущості розбіжностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок ($M \pm \sigma$), достовірними вважали різниці при $p < 0,05$. Силу кореляційного зв'язку між досліджуваними ознаками визначали за критерієм кореляції Спірмена.

Показники якості життя у пацієнок із синдром хронічного тазового болю при хронічних запальних процесах органів малого таза, бали

Показник	Перша група, n=48		Друга група, n=52		Контрольна група, n=32
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
PF	70,90±6,42	82,60±6,89*	71,50±5,68	87,90±8,23*	95,50±6,80
RP	69,80±9,31	80,20±10,31*	70,40±8,89	80,56±9,59*	90,20±4,90
BR	59,10±9,98	72,90±8,34*	59,60±8,70	84,23±9,81***	97,10±7,40
GH	48,10±9,79	63,60±5,93*	47,30±8,36	64,30±6,63*	81,90±5,30
VT	46,10±8,91	51,70±6,58*	48,70±7,38	60,90±7,34***	72,30±7,90
SF	52,60±8,67	57,80±7,76	53,30±8,09	79,62±8,59***	88,30±7,60
RE	35,60±4,54	37,90±3,63	34,80±5,41	69,20±7,89***	75,50±6,90
MN	57,40±8,69	57,90±5,63	58,10±7,63	70,10±4,75***	74,40±7,50
PH	52,20±4,09	55,10±3,61	52,50±3,84	54,10±3,14	55,60±6,20
MN	36,50±2,91	35,90±4,35	36,90±2,72	46,10±2,39**	46,80±5,30

Примітки: * – статистично значущі відмінності показників до та після лікування ($p < 0,05$);

** – статистично значущі відмінності показників після лікування між групами ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки, які були відібрані для проведення спостереження, мали провідну скаргу – больовий синдром. Середній вік жінок першої та другої груп становив $35,3 \pm 4,2$ року, у групі контролю – $36,9 \pm 2,2$ року. Тривалість больового синдрому (від моменту звернення) становила $4,7 \pm 0,5$ року.

Частота звернень до акушера-гінеколога протягом спостереження – у середньому $9,1 \pm 1,4$ візиту. Пацієнтки, які потребували лікування в амбулаторних умовах, отримали від 2 до 9 курсів терапії ($6,7 \pm 1,2$). До курсу лікування було включено антибіотикотерапію, НПЗП, комбіновані оральні контрацептиви, фізіотерапевтичні процедури, знеболювальні препарати. Повторно звертались та потребували лікування 39 (39%) жінок.

Визначено інтенсивність болю у жінок із хронічними запальними процесами та больовим синдромом до проведеного лікування за методом ВАШ: у першій групі – $7,5 \pm 1,6$ бала, а у другій групі – $7,8 \pm 1,5$ бала. Оцінювання проведено також за допомогою опитувальника Мак-Гілла: перша група – $27,14 \pm 5,18$ бала, друга група – $28,09 \pm 6,13$ бала.

Після проведеного лікування отримані результати свідчили про позитивну динаміку усіх показників в обох групах. За шкалою ВАШ у першій групі середній бал становив $4,23 \pm 0,34$ бала; у другій групі – $2,71 \pm 0,25$ бала. За підсумками результат за опитувальником Мак-Гілла після лікування у першій групі становив $14,85 \pm 4,86$ бала; у другій – $9,54 \pm 2,74$ бала. Очевидний позитивний результат свідчить, що проведене консервативне лікування протягом шести місяців у другій групі було достатньо ефективним.

Було визначено рівні тривожності та депресії у першій та другій групах до та після лікування. Отримані дані свідчать про достовірні відмінності між ними. Так, у першій групі прослідковується зниження рівня реактивної тривожності (до лікування – $40,20 \pm 6,54$ бала, після – $32,40 \pm 5,32$ бала), натомість рівні депресії (до лікування – $27,20 \pm 3,87$ бала, після – $23,40 \pm 3,14$ бала) та особистісної тривожності (до лікування – $45,90 \pm 5,32$ бала, після лікування – $42,30 \pm 2,18$ бала) не мають достовірних відмінностей. Аналізуючи результати пацієнок другої групи, отримано дані, які свідчать про значне покращення показників, тобто зниження рівнів депресії (до лікування – $28,30 \pm 5,33$ бала, після – $12,40 \pm 2,13$ бала) та особистісної тривожності (до лікування – $47,40 \pm 5,01$ бала, після – $32,80 \pm 3,21$ бала).

Проведено аналіз анкет показників якості життя щодо оцінювання фізичного та психологічного компонентів здоров'я до призначеного лікування. Отримані дані свідчать про низькі показники обстежуваних у першій та другій групах порівняно із контрольною групою жінок (таблиця).

Проводячи оцінювання показника фізичного компонента здоров'я між групами, в тому числі у групі контролю, не було помічено достовірної відмінності.

Під час аналізу показників фізичного здоров'я пацієнок першої групи після лікування прослідковувалося достовірне покращення досліджуваних параметрів – фізичного функціонування (PF), обмеження фізичної активності через біль (RP), інтенсивність болю (BR), загальний стан здоров'я (GH) (див. таблицю). Результати аналізу даних щодо психічного здоров'я у жінок першої групи свідчать про низький рівень, тобто до лікування та після нього достовірних відмінностей показників не виявлено. Це може свідчити про напруження їхнього психоемоційного стану.

У пацієнок другої групи теж покращилися показники щодо фізичного здоров'я (див. таблицю). Порівнюючи отримані результати за шкалою впливу болю на щоденну активність (BP) із результатами жінок першої групи, у другій групі виявлено значущі відмінності. За результатами анкетування стосовно оцінювання змін психічного здоров'я за такими показниками, як життєва активність (VT), соціальна активність (SF), обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми (RE) та психічне здоров'я (MN), у жінок другої групи після лікування зареєстровано значущі зміни.

Проводячи порівняння зазначених вище результатів після отриманого лікування за п'ятьма шкалами, а саме: вплив болю на щоденну активність (BP), життєва активність (VT), соціальна активність (SF), обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми та психічне здоров'я (MN), можна зробити висновки про достовірне покращення показників у пацієнок другої групи, ніж у жінок першої групи.

ВИСНОВКИ

Синдром хронічного тазового болю – актуальна та поширена проблема серед жінок репродуктивного віку в усьому світі. Крім того, ця проблема мультифакторна та мультидисциплінарна.

Успішне лікування та позитивний результат можливий у разі врахування усіх факторів, які спричинюють патологічні зміни у жіночому організмі. Вивчення психологічного стану та проведення аналізу якості життя дозволяють покращити лікувальний медикаментозний ефект.

Комплексне лікування хронічних запальних процесів органів малого таза із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів покращило психоемоційний стан жінок та підвищило показники якості життя.

Конфлікт інтересів: автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про автора

Матвійків Назар Ігорович – Кафедра акушерства та гінекології ПО Івано-Франківського національного медичного університету, 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел.: (034) 53-32-95. *E-mail: irusja_b@ukr.net*
ID ORCID 0000-0003-2867-9679

Information about the author

Matviukiv Nazar I. – Department of Obstetrics and Gynecology, Ivano-Frankivsk National Medical University, 76018, Ivano-Frankivsk, 2 Halytska Str.; тел.: (034) 53-32-95. *E-mail: irusja_b@ukr.net*
ID ORCID 0000-0003-2867-9679

Сведения об авторе

Матвийків Назар Ігорович – Кафедра акушерства та гінекології ПО Івано-Франківського національного медичного університету, 76018, г. Івано-Франківськ, ул. Галицька, 2; тел.: (034) 53-32-95. *E-mail: irusja_b@ukr.net*
ID ORCID 0000-0003-2867-9679

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Жук СИ, Гордийчук ОА. Междисциплинарный подход в менеджменте хронической тазовой боли у женщин. *Здоровье женщины*. 2018. 6(132):87-91.
2. Синдром хронічного тазового болю у жінок. За матеріалами конференції Медичні аспекти здоров'я жінки. № 4-5 (133-134). 2020.
3. Bonnema R, McNamara M, Harsh J, Hopkins E. Primary care management of chronic pelvic pain in women. *Cleve Clin J Med*. 2018 Mar;85(3):215-223.
4. Cagnacci A, Vecchia ED, Xholli A. Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood. *Gynecol Endocrinol*. 2019 Jun;35(6):502-505.
5. Carey ET, Till SR, As-Sanie S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. *Drugs*. 2017;77(3):285–301.111
6. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Eneil PS, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *European Association of Urology*. 2018, 2019. Available from: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>
7. Fuentes-Márquez P, Valenza MC, Cabrera-Martos I, Ríos-Sánchez A, Ocón-Hernández O. Trigger Points, Pressure Pain Hyperalgesia, and Mechanosensitivity of Neural Tissue in Women with Chronic Pelvic Pain. *Pain Med*. 2019 Jan 1;20(1):5-13.
8. Gasiewicz N, Romero M. Chronic pelvic pain. In: Schuiling KD, Likis FE. *Women's Gynecologic Health, Third Edition*. Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company; 2017. p.711-770.
9. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. No. 164-Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynecol Can*. 2018 Nov;40(11):e747-e787
10. Juhan V. Chronic pelvic pain: An imaging approach. *Diagn Interv Imaging*. 2015 Oct;96(10):997-1007.
11. Linda M Speer 1, Saudia Mushkbar 1, Tara Erbele 1 Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician*. 2016 Mar 1;93(5):380-7.
12. Meister MR, Sutcliffe S, Badu A, et al. Pelvic floor myofascial pain severity and pelvic floor disorder symptom bother: is there a correlation? *Am J Obstet Gynecol* 2019;221:235.e1-15.
13. Siqueira-Campos VME, Da Luz RA, de Deus JM, Martinez EZ, Conde DM. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *J Pain Res*. 2019 Apr 16;12:1223-1233.
14. Yamamoto M, Carillo J, Howard F. Chronic Abdominal Pain of Gynecologic Causes: Diagnosis and Treatment. *Chronic Abdominal Pain: An Evidence-Based, Comprehensive Guide to Clinical Management*. 2015;103-113. 10.1007/978-1-4939-1992-5_10.

Стаття надійшла до редакції 19.03.2021