
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**В.Н. Багин, Е.А. Харламова, С.Э. Аракелов,
Д.Г. Гаджимурадова, И.М. Ордянец**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»
*Медицинский факультет,
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198*

В настоящей работе впервые дана комплексная клиническая оценка женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями матки и ее придатков, с применением новых иммунологических и генетических методов исследования. Определены факторы риска развития хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ХВЗОМТ) в современных условиях. Впервые дана характеристика общей иммунореактивности организма по ЭЛИ-П-Тесту-1, изучена динамика сывороточного содержания аутоантител первого и второго порядка к γ -ИФ, изучено аллельное распределение гена GРIШа и выявлена зависимость иммунореактивности организма от аллельного полиморфизма гена GРIШа при ХВЗОМТ. Показано, что квантовая терапия повышает эффективность лечения: приводит к коррекции иммунологических нарушений и снижению частоты рецидивов хронических воспалительных заболеваний матки и придатков.

Актуальность и цель исследования. Синдром тазовых ганглий является одной из актуальных проблем современной гинекологии. Проблема тазовых болей, связанных с установленными гинекологическими заболеваниями, волнует гинекологов на протяжении столетий. В.Ф. Снегирев в 1904 г. на I съезде общества акушеров-гинекологов призывал коллег уделять больше внимания «субъективным жалобам больных, в частности, болям». Отдельным аспектам этой проблемы посвящен ряд отечественных и зарубежных работ ученых-гинекологов, неврологов, психиатров [2; 4].

Гинекологические заболевания относятся к одним из наиболее частых органических причин хронических болей в области живота наряду с болями при повреждениях мышц живота и болезни позвоночника (16%), синдроме раздраженной толстой кишки (12%) и инфекции мочевых путей [1].

Вышеперечисленные аспекты обуславливают сложности ведения гинекологических больных с тазовыми болями, трудности диагностики истинных причин страдания и часто наблюдаемые неудовлетворительные результаты лечения этого контингента больных [3].

Цель исследования — выявить факторы риска развития синдрома хронических тазовых болей у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью нами были проспективно обследованы 184 пациентки с синдромом тазовых болей, из них

72 — с хроническим сальпингоофоритом, 48 — с хроническим ганглионитом, 64 — с хроническим воспалением гениталий и хроническим тазовым ганглионитом, отобранных путем произвольного опроса на предмет наличия болей, поступавших для лечения в плановом порядке в гинекологическое отделение ГКБ № 12.

Разработанная программа исследований предусматривала проведение: общего клинического и специального неврологического и гинекологического обследования, оценку вегетативного и психологического статуса, определение пороговой болевой чувствительности по визуально-аналоговым шкалам, ультразвуковое и доплерометрическое исследование вен малого таза, МРТ позвоночника.

Проведен комплекс инструментальных и лабораторных исследований, включающий: ультразвуковое и доплерометрическое исследование органов малого таза, клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ отделяемого из влагалища на степень чистоты, МРТ позвоночника, иммунологические исследования по Эли-П-Тесту.

Эхографическое исследование осуществляли с помощью аппаратов «SSD-650» фирмы «Алока» (Япония) и «Model-9» фирмы «Ultramark» (США). Для исследования использовали стандартные трансвагинальные и трансабдоминальные преобразователи с частотой акустических колебаний 5,0—6,5 МГц.

При построении алгоритма неврологической диагностики мы использовали индикаторный концептуальный подход (Якушин М.А., 2003). Путем анализа литературных данных и статистической обработки собственных результатов устанавливались нозологические формы, соответствующие данному уровню поражения. Определялись обязательные признаки (нозологические признаки — НП), соответствующие данным формам (анамнестические сведения, специфические симптомы заболевания, данные инструментальных исследований). Алгоритмический поиск заключался в последовательном тестировании НП.

Расчет КД производился на основании статистических данных (Портной Л.М., 2002). Указанным методикам, а также клиническим тестам и общепринятым лабораторным исследованиям присваивалось максимальное значение КД (1,0). Поскольку потребность в радионуклидных исследованиях и ЭМГ превышает реальные показатели в 8—10 раз, КД указанных методик составил 0,1. Исходя из средних показателей обеспеченности лечебно-профилактических учреждений томографами, КД КТ ориентировочно составил 0,3, а МРТ — 0,2.

Эффективность обследования (максимальное значение 1,0) зависела от используемого метода и характера выявляемой патологии. В первую очередь исключались заболевания, наиболее специфичные для данного уровня поражения, для выявления которых не требуется специальных обследований. Затем в алгоритм включались исследования с более низким значением СДК.

Результаты обследования были закодированы и обработаны на персональном компьютере под управлением OS WINDOWS XP PRO SP1 с помощью программы STATISTICA ver. 6.0.1 фирмы STATSOFT U.S.A.

Результаты исследования. На основании проведенного исследования установлены особенности клинического течения и факторы риска развития синдрома хронических тазовых болей: молодой возраст ($32,5 \pm 2,6$ года), преобладание среди обследованных разведенных и незамужних женщин, что подтверждает наличие у них конфликтных отношений в семейной жизни, способствующих формированию психосоматических расстройств и астении.

Преобладание среди жалоб болей в нижних отделах живота и диспареунии, стресс, эмоциональное напряжение и аноргазмия чаще способствуют усилению болевого синдрома. У 62 (96,9%) женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий и тазовыми ганглионитами было выявлено два и более экстрагенитальных заболевания. Высокая частота в анамнезе оперативных вмешательств на органах малого таза, включая аппендэктомию (16%). Высокая частота хирургических вмешательств объяснялась, по-видимому, длительным неустановлением диагноза. Отмечены наличие нервно-психических нарушений у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий и тазовыми ганглионитами, а также неполный и кратковременный эффект от проводимой противовоспалительной и болеутоляющей терапии.

Обсуждение. При анализе социального положения пациенток выявлено, что служащих несколько больше 72 (39,1%), чем представительниц других социальных групп: 52 — рабочие (28,2%), 49 — домохозяйки (26,6%) и 11 — студенток (5,98%). В браке на момент обследования состояло 74 (40,2%) женщины. Среди обследованных женщин 50 (27,2%) курили. Каждая вторая пациентка страдала хроническим сальпингоофоритом, однако более чем у трети женщин хронический сальпингоофорит сочетался с хроническим ганглионитом. У 48 (26,1%) пациенток выявлен хронический ганглионит.

Средний возраст обследованных женщин составил $29,5 \pm 1,5$ года, однако у пациенток с хроническим сальпингоофоритом в сочетании с хроническим ганглионитом ($32,5 \pm 2,6$ года) возраст был достоверно выше ($p < 0,01$), чем у пациенток с хроническим сальпингоофоритом ($27,8 \pm 2,0$ лет), и несколько выше, чем у пациенток с ганглионитом ($29,3 \pm 3,0$ лет). Длительность заболевания более чем у половины женщин 40 (55,6%), страдающих хроническим сальпингоофоритом, составила более трех лет и только у 23 (31,9%) — менее трех лет, а женщины, страдающие хроническим сальпингоофоритом и тазовым ганглионитом, примерно с одинаковой частотой, имели продолжительность заболевания как до 1 года 20 (31,3%), так и до трех 26 (40,6%) и более трех 18 (28,1%) лет.

Все обследованные пациентки жаловались на боли внизу живота, которые чаще всего усиливались при переохлаждении и во время стрессов. Однако имеется небольшая тенденция к тому, что эмоциональное напряжение и аноргазмия чаще ($p > 0,05$) способствовали усилению болевого синдрома при хроническом сальпингоофорите и ганглионите. Последний факт характеризует преимущественно симпатическую направленность вегетативных реакций у пациенток, страдающих сальпингоофоритом.

Установлено, что лишь больные с хроническим сальпингоофоритом и тазовыми ганглионитами (3-я группа) в 100% случаев предъявляли жалобы на диспареунию, а пациентки с сальпингоофоритом (1-я группа) достоверно чаще ($p < 0,01$), чем пациентки с хроническим сальпингоофоритом и тазовым ганглионитом (3-я группа), имели патологические выделения из половых путей. Дисменорея встречалась более чем у половины женщин в 1-й 50 (69,4%) и 3-й 39 (60,5%) группах и у 19 (39,6%) женщин 2-й группы без достоверных различий.

Важное значение среди факторов риска развития синдрома хронических тазовых болей отводится фоновым соматическим заболеваниям, эндокринной патологии и наличию очагов хронической инфекции. В результате изучения данных анамнеза были выявлены наиболее распространенные экстрагенитальные заболевания, которые отмечали 100% женщин 2-й и 3-й групп и 97,2% женщин 1-й группы. У женщин трех групп установлена высокая частота хронического тонзиллита и хронического гастрита, панкреотита, последний, в свою очередь, достоверно чаще ($p < 0,05$) был выявлен у пациенток с хроническим сальпингоофоритом в сочетании с ганглионитом 43 (67,2%) по сравнению с пациентками, страдающими только хроническим сальпингоофоритом 24 (33,3%).

Нам удалось установить достоверно более частое ($p < 0,01$) применение внутриматочного контрацептива (ВМК), как с переходом на другой метод контрацепции так и без него, пациентками, страдающими хроническим сальпингоофоритом в сочетании с хроническим ганглионитом 40 (62,5%), чем страдающими только хроническим сальпингоофоритом 12 (16,7%) или только хроническим ганглионитом 5 (10,4%). Более трех медицинских аборт в анамнезе у обследованных 3-й группы 21 (32,8%) также было достоверно больше ($p < 0,01$), чем у обследованных 1-й группы 4 (8,3%) и 2-й группы 14 (19,4%). Следует отметить, что на прерывание первой беременности указывала половина всех обследованных женщин, а количество самопроизвольных выкидышей достоверно больше ($p < 0,01$) было у женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом в сочетании с хроническими ганглионитами 51 (79,7%) по сравнению с женщинами, страдающими хроническими ганглионитами 4 (8,3%) и хроническим сальпингоофоритом 31 (43,1%, $p < 0,05$).

Все пациентки, страдающие хроническим сальпингоофоритом в сочетании с хроническими ганглионитами, перенесли одну или несколько гинекологических операций (лапароскопий 17 (26,6%), лапаротомий 10 (15,6%), среди которых наиболее частыми были резекция яичника или удаление придатков (у 23,4% и 12,5% больных, соответственно), разделение спаек (у 18,8% пациенток).

В гинекологическом анамнезе пациенток с хроническим сальпингоофоритом в сочетании с хроническими ганглионитами отмечались высокая частота кист яичников и эндометриоза (18,8% и 15,6%), а также неотложные состояний, такие как апоплексия яичника (у 18,7%) и внематочная беременность (у 15,6% больных). Все эти пациентки в течение длительного времени подвергались лечению анальгетиками (93,8%) (в том числе 18,8% — наркотическими) и/или седативными препаратами (53,1%).

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Аксененко В.А.* Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2001. — 35 с.
- [2] *Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А.* Современные методы диагностики тяжелых воспалительных заболеваний внутренних половых органов // *Вестн. Росс. асоц. акуш.-гин.* — 1999. — № 2. — С. 118—123.
- [3] *Манухин И.Б., Аксененко В.А.* Репродуктивное здоровье у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. — Ставрополь, 2002. — 240 с.: ил.
- [4] *Серов В.Н.* Акушерская патология и синдром системного воспалительного ответа // *Русский медицинский журнал.* — 2004. — Т. 12. — № 13. — С. 741—742.

GENETIC AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF PATHOGENESIS AND MEDICAL TREATMENT OF CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS AND ADNEXA UTERI

**V.N. Bagin, E.A. Kharlamova, S.E. Arakelov,
D.G. Gadjmuradova, I.M. Ordiyanc**

Department of obstetric and gynecology with course of perinatology
People's Friendship University of Russia
Medical faculty
8, Miklukho-Maklaya st., Moscow, Russia, 117198

The research presents the first complex clinical estimation of the women with chronic inflammatory diseases of the uterus and adnexa uteri by new immunological and genetic methods of study. Risk prognostic factors of the chronic inflammatory diseases of small pelvis (CIDSP) in modern conditions are specified. For the first time the characteristic of the general immunoreactivity of organism on the basis of ELI-P-Test-1 is given, the dynamic of the serum level of first and second rate autoantibodies to the γ -IF is studied, it is also studied the allelic division of gene GPIIIa and discovered the dependence of immunoreactivity organism on the allele polymorphism of gene GPIIIa in CIDSP. We obtained that quantum medical treatment improves the recovery: corrects immunoreactivity and decreases the frequency of recurrence of chronic inflammatory diseases of the uterus and adnexa uteri.