

Голубова Д. А.

**ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С МИОМОЙ МАТКИ**

Научные руководитель: к.м.н. Кравченко С. С.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Актуальность. Гинекологические заболевания относят к наиболее частым причинам хронических болей в области живота, наряду с болезнями позвоночника, синдромом раздражённой толстой кишки и инфекциями мочевых путей. Данная проблема представляет научный интерес для акушеров-гинекологов, так как вариабельность проявлений данного синдрома обуславливает сложности ведения гинекологических пациенток с тазовой болью, а также трудности диагностики и часто неудовлетворительные результаты лечения.

Цель: оценить различные характеристики болевого синдрома у женщин с тазовой болью, ассоциированной с миомой матки.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Гомельских городских больниц №2 и №3. Были обследованы 65 пациенток с миомой матки, проходивших стационарное лечение, у которых до хирургического лечения определяли пороговую болевую чувствительность по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и проводили ультрозвуковое и доплерометрическое исследование малого таза. Первую группу пациенток составили женщины с тазовой болью и диагностированной миомой матки (n=35). Критериями исключения из основной группы являлось наличие других гинекологических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом (n=21), поэтому данные пациентки составили группу сравнения (вторая группа). У 4 женщин миома матки не сочеталась с болевым синдромом, поэтому они были исключены из дальнейшего исследования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 10.0» и «MedCalc 10.2.0.0».

Результаты и их обсуждение. У пациенток второй группы помимо миомы матки была диагностирована такая патология как аденомиоз в 35% случаев, хронический сальпингоофорит в 20% случаев, в 20% случаев кисты яичников и в 25% наружный генитальный эндометриоз. У обследованных женщин первой группы статистически значимо чаще встречались одиночные миоматозные узлы ($\chi^2=5,2$; $p=0,03$) диаметром более 5 см ($\chi^2=13,8$; $p=0,0002$), в отличие от пациенток с сочетанной гинекологической патологией. Все пациентки жаловались на боли внизу живота. Было установлено, что у большинства пациенток первой группы болевой синдром имеет одну локализацию – область внизу живота ($\chi^2=4,2$; $p=0,04$), а так же непостоянный характер болей (выявлена прямая корреляционная связь между физической и сексуальной активностью с уровнем боли ($R_s=0,45$, $p\leq 0,05$)), в отличие от пациенток второй группы, которые как правило не отмечали интервалов усиления боли и отмечали их характер как постоянный. Медиана и интерквартильный размах максимальной оценки болевого синдрома за последний месяц в первой группе составила 7 [5;9], медиана средней оценки боли составила 4 [3;6], медиана боли в данный момент составила 5 [3;7]. Во второй группе вышеперечисленные показатели были соответственно 4 [3;5]; 4 [3;5]; 4 [3;5]. Медиана длительности терапии путем установки внутриматочной терапевтической системы с левоноргестрелом, проводимой у 55% пациенток первой группы и 35% пациенток второй группы, составил 1 год. По данным анкетирования у пациенток первой группы данный вид лечения не оказал значимого клинического эффекта, в отличие от второй группы пациенток, которые отметили стабилизацию менструального цикла ($\chi^2=3,9$; $p=0,048$) и снижение болевого синдрома ($\chi^2=4,2$; $p=0,04$).

Выводы. Для пациенток только с миомой матки в отличие от пациенток с сочетанной гинекологической патологией характерен болевой синдром одной локализации средней степени тяжести, с тенденцией к усилению при физической нагрузке.