

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области на базе ГБУЗ «Долгопрудненская центральная городская больница»

<sup>5</sup> Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

# Хроническая тазовая боль: психоневрологический взгляд на гинекологическую проблему

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1,2,3,4</sup>, П.О. Никифорова<sup>5</sup>

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaya@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Никифорова П.О. Хроническая тазовая боль: неврологический взгляд на гинекологическую проблему. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (37): 36–39.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-37-36-39

*Хроническая тазовая боль (ХТБ) у женщин является многофакторной проблемой, требующей междисциплинарного подхода, предполагающего командную работу акушера-гинеколога и смежных специалистов. У 80% пациенток причины развития ХТБ являются неорганическими, при этом ежегодно проводится 40% диагностических лапароскопических операций и 12% гистерэктомий. К патогенетическим реакциям, запускающим синдром ХТБ, относят повышенную тревожность, неврозы и сопутствующий высокий уровень стресса. Каскад таких реакций приводит к формированию порочного круга. ХТБ напрямую влияет на социальную жизнь женщин. Около 15% женщин с ХТБ не могут работать, а у 45% заметно снижается продуктивность. Лечение психоэмоциональной составляющей ХТБ – приоритетная задача акушера-гинеколога.*

**Ключевые слова:** хроническая тазовая боль, лапароскопия, психосоматика, генерализованное тревожное расстройство, эндометриоз

## Введение

Хроническая тазовая боль (ХТБ) – боль, возникающая в нижних отделах живота (в проекции малого таза) в течение не менее шести месяцев, лишенная какой-либо цикличности, не связанная с органической патологией и менструальным циклом [1, 2].

В исследовании, в котором оценивали психическое состояние пациенток с ХТБ, использовали формализованные критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра. У 20,9 ± 2,7% женщин в качестве основного расстройства диагностирована депрессия [3, 4]. Группу риска ХТБ составляют женщины, перенесшие эмоциональные потрясения, сильный стресс, подвергшиеся сексуальному и бытовому насилию, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

ХТБ ассоциируется с определенными диагностическими трудностями, поскольку психические расстройства ошибочно интерпретируют как соматическую патологию либо, напротив, переоценивают соматический статус при наличии психической

патологии. При этом часто отмечается сочетание психического и соматического симптомокомплексов [5]. Необходимо отметить, что чаще имеет место недооценка влияния психической патологии на развитие ХТБ, при том что она может значительно усилить уже имеющуюся патологию. А.Б. Смулевич и соавт. считают, что недооценка психической патологии напрямую влияет на прогноз ХТБ и ухудшение со стороны соматической патологии [1, 6].

На важность понимания психогенных механизмов боли указывает А. Graziottin, отмечая, что «лишь немногие врачи считают психогенные факторы серьезными биологическими причинами боли».

## Материал и методы

Нами был проведен поиск литературы в базах данных PubMed, Embase, Cochrane Library и Google Академия. Проанализированы систематические обзоры, метаанализы и рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), опубликованные в период с 1988 по 2023 г.

## Результаты и обсуждение

Всего выявлено восемь систематических обзоров, шесть метаанализов и 11 РКИ. После анализа они были включены в данный обзор.

В клинической практике встречаются два варианта психических расстройств при ХТБ. Первый вариант подразумевает психопатологическую симптоматику, развившуюся вторично на фоне уже имеющейся тазовой боли. ХТБ вследствие гинекологической патологии провоцирует развитие или усугубление психических заболеваний, что в свою очередь может усиливать болевые ощущения. Ярким примером служит усиление болевого синдрома на фоне стрессового фактора у девочек подросткового периода при эндометриозе [7].

P. Latthe и соавт. изучали 54 различных фактора, влияющих на дисменорею, диспареунию и ХТБ. Диспареуния связана с менопаузой, воспалительными заболеваниями органов малого таза, предшествующим сексуальным насилием, а также тревогой и депрессией. Дисменорея ассоциируется с более младшим возрастом (до 30 лет), низким индексом массы тела, курением, ранним менархе (до 12 лет), гиперполименореей, отсутствием родов в анамнезе, выраженным предменструальным синдромом, хирургической стерилизацией, клиническими проявлениями воспалительных заболеваний органов малого таза, сексуальным насилием и психосоматической симптоматикой. К факторам, провоцирующим боль при ХТБ, относят злоупотребление наркотиками и алкоголем, привычное невынашивание, воспалительные заболевания органов малого таза, кесарево сечение в анамнезе, органическую патологию органов малого таза, психологические травмы, неврозы и депрессии [8].

N. Zaks и соавт. анализировали взаимосвязь ментальных заболеваний и патологии репродуктивной системы, в частности, у женщин с ХТБ. Установлена статистически значимая корреляция между ХТБ и депрессией по сравнению с контрольной группой. Тревожные расстройства в ряде исследований также обусловлены ХТБ. В ряде исследований статистическая значимость не выявлена. Согласно данным метаанализа, у женщин с аффективным расстройством риск развития ХТБ в 1,7–4 раза выше, чем у женщин контрольной группы [9].

В исследовании И.Р. Айриянц и соавт. показано, что боль при ХТБ и сопутствующем ипохондрическом расстройстве носит монотонный, стойкий характер, отличается четкостью локализации, отсутствием иррадиации и вегетативных симптомов, а также независимостью от внешних воздействий [10]. Соматические ощущения (телесные сенсации, покалывания, боль) сочетаются со сверхценными и обсессивно-фобическими нарушениями. Ключевая жалоба, которую предъявляют больные, – недифференцированное, неизлечимое, тяжелое заболевание. Мотивацией обращения больных за медицинской помощью служит подтверждение предполагаемой ими патологии [11–14].

P. Vercellini и соавт. оценивали варианты терапии при ХТБ, в том числе варианты альтернативного лечения. Показано, что комбинированная медикаментозная терапия препаратами с различным механизмом действия способна улучшить терапевтические результаты. Операции, предполагающие тазовую денервацию, следует проводить только в отдельных случаях, поскольку на сегодняшний день их эффективность не доказана. Предложено несколько альтернативных неинвазивных методик, включающих упражнения, когнитивную и поведенческую терапию, физиотерапию, модификацию образа жизни и диеты, массаж и иглоукалывание. После реализации репродуктивной функции в качестве варианта лечения можно рассмотреть гистерэктомию. Однако позитивный эффект от оперативного лечения не превышает 60–70%. У 3–5% прооперированных пациенток наблюдается ухудшение симптомов или появление новых. Лечение ХТБ, как правило, требует принятия концепции управления, а не лечения симптомов [15].

В исследовании T. Brooks и соавт. выявлены потенциальные предикторы депрессии, тревоги и показателей стресса, которые потенцируют развитие ХТБ. Исследователи установили, что факторами депрессии являются тяжесть боли в настоящий момент, эпизоды боли в анамнезе, предшествующий опыт сексуального насилия, негативный опыт боли в детстве и отсутствие беременности. Тревожность связана с тяжестью боли в настоящий момент, эпизодами боли в анамнезе, предшествующим опытом сексуального насилия, более ранним возрастом наступления менархе и молодым возрастом. Стресс напрямую коррелирует с тяжестью боли в настоящий момент, эпизодами боли в анамнезе, предшествующим опытом сексуального насилия и молодым возрастом [16]. В проспективном когортном исследовании у женщин с гистерэктомией по поводу ХТБ оценивали интенсивность и характеристику боли через шесть месяцев после операции. У 71,6% больных сохранялись болевые ощущения, у 11,9% пациенток боль носила постоянный характер [17].

В серии клинических случаев рассматривали взаимосвязь между стилем воспитания, катастрофизацией боли, тревогой, депрессией у женщин с ХТБ. Показано, что недостаток материнской заботы ассоциируется с более высоким риском ХТБ – 60,7%, тревоги – 79,7%, депрессии – 73,2% и физического насилия – 31,7%. Выявлена положительная корреляция между катастрофизацией и интенсивностью боли ( $r = 0,342$ ;  $p < 0,001$ ), тревогой ( $r = 0,271$ ;  $p = 0,002$ ), депрессией ( $r = 0,272$ ;  $p = 0,002$ ) и материнской гиперопекой ( $r = 0,185$ ;  $p = 0,046$ ). Обнаружена отрицательная корреляция между тревожностью и материнской ( $r = -0,184$ ;  $p = 0,047$ ) и отцовской заботой ( $r = -0,286$ ;  $p = 0,006$ ), а также между депрессией и как материнской ( $r = -0,219$ ;  $p = 0,018$ ), так и отцовской заботой ( $r = -0,219$ ;  $p = 0,018$ ). Данные результаты указывают на значительную взаимосвязь стиля воспитания с катастрофизацией боли, психическим здоровьем женщин с ХТБ и восприятием боли [18].

ХТБ у женщин требует междисциплинарного подхода, включающего учет психоневрологического профиля больных [19–21]. Сопутствующее психоневрологическое состояние ухудшает прогноз, течение и интенсивность боли при ХТБ [22].

В ряде исследований выявлена статистически значимая корреляция между ХТБ и депрессией по сравнению с контрольной группой [23–30]. Тревожные расстройства также ассоциируются с ХТБ [23, 25, 26, 28, 29]. В ряде исследований статистическая значимость не обнаружена [24, 27].

Следует отметить, что к причинам ХТБ, которые выявляются при диагностической лапароскопии, относятся эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу с распространением на кишечник, отсутствие органической патологии [31, 32]. Это подтверждает теорию, что не всегда боль носит психоневрологический характер.

Исследователи изучали корреляцию депрессии в зависимости от наличия или отсутствия результатов лапароскопии. Статистически значимых данных не зарегистрировано [27].

В исследовании 100 случаев эндометриоза у пациенток с сопутствующим ХТБ уровень депрессии был значительно выше, чем у пациенток без ХТБ. Это свидетельствует о том, что боль потенцирует депрессию [28]. Однако в другом исследовании высокий уровень депрессии и тревожного расстройства у женщин с ХТБ не был связан с интенсивностью или продолжительностью боли [26].

В ряде исследований пытались обнаружить взаимосвязь между аффективными расстройствами

в аспекте сексуальной травмы в прошлом. В пилотном исследовании ХТБ и депрессия наблюдались только среди жертв сексуального насилия в детском возрасте. В 12 из 16 случаев имела место ХТБ с депрессивными явлениями, первый эпизод депрессии отмечался до первых симптомов ХТБ [30]. В последующем исследовании взаимосвязь частоты сексуальной травмы в детстве была сопоставима с данными по популяции (2 из 50), но при этом отмечалась значительная разница в группе с ХТБ (12 из 50) [31]. Тем не менее в аналогичном исследовании подобная взаимосвязь отсутствовала [29].

В исследовании V.M.E. Siqueira-Campos и соавт. у пациенток с ХТБ по сравнению с женщинами контрольной группы такой фактор, как физическое и сексуальное насилие, был связан с депрессией и тревожным расстройством, но не коррелировал с частотой ХТБ [25].

В другом исследовании эмоциональные потрясения в детском возрасте (включая сексуальное насилие) у пациенток с ХТБ и пациенток контрольной группы были статистически незначимы [24].

### Заключение

Лечение пациенток с ХТБ при исключении органической патологии должно предполагать мультидисциплинарный подход с привлечением смежных специалистов. Назначая пациенткам с сопутствующим аффективным расстройством медикаментозную терапию, не следует забывать о поведенческой.

### Литература

1. Grinberg K., Sela Y., Nissanholtz-Gannot R. New insights about chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *Int. J. Environ Res. Public Health*. 2020; 17 (9): 3005.
2. Богушевская Ю.В., Бакина Ю.А. Особенности типов отношения к болезни у женщин с разной продолжительностью течения соматизированных расстройств. *Российский психологический журнал*. 2019; 16 (4): 22–33.
3. Lamvu G., Carrillo J., Ouyang C., Rapkin A. Chronic pelvic pain in women: a review. *JAMA*. 2021; 325 (23): 2381–2391.
4. Айриянц И.Р., Ягубов М.И. Хроническая тазовая боль в сексологической практике. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020; 30 (3): 93–99.
5. Vincent K., Evans E. An update on the management of chronic pelvic pain in women. *Anaesthesia*. 2021; 76 (Suppl. 4): 96–107.
6. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000; 2 (2): 36–40.
7. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О. Проблема эндометриоза у девочек-подростков (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2016; 22 (3).
8. Latthe P., Mignini L., Gray R., et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006; 332 (7544): 749–755.
9. Zaks N., Batuure A., Lin E., et al. Association between mental health and reproductive system disorders in women: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw. Open*. 2023; 6 (4): e238685.
10. Айриянц И.Р., Ягубов М.И. Синдром хронической тазовой боли: психопатологический и сексopatологический аспекты. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019; 10 (4): 696–706.
11. Александровский Ю.А., Бухановский А.О., Волель Б.А. и др. *Пограничная психиатрия и психосоматика*. М.: КноРус, 2021.
12. Siqueira-Campos V.M.E., Da Luz R.A., de Deus J.M., et al. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *J. Pain Res*. 2019; 12: 1223–1233.
13. Тапильская Н.И., Миронова А.В., Силаева Е.А. и др. Синдром хронической тазовой боли у женщин: факторы риска, алгоритмы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики. *Проблемы репродукции*. 2021; 27 (2): 56–64.

14. Ивашкина М.Г., Чернов Д.Н., Радчикова Н.П. и др. Сравнительный анализ психометрических характеристик методик для изучения копинг-стратегий. Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен. 2020; 1743–1752.
15. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E., et al. Medical, surgical and alternative treatments for chronic pelvic pain in women: a descriptive review. *Gynecol. Endocrinol.* 2009; 25 (4): 208–221.
16. Brooks T, Sharp R, Evans S., et al. Predictors of depression, anxiety and stress indicators in a cohort of women with chronic pelvic pain. *J. Pain Res.* 2020; 10: 527–536.
17. As-Sanie S., Till S.R., Schrepf A.D., et al. Incidence and predictors of persistent pelvic pain following hysterectomy in women with chronic pelvic pain. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2021; 225 (5): 568.e1–568.e11.
18. Stones R.W., Price C. Health services for women with chronic pelvic pain. *J. Royal Soc. Med.* 2020; 95 (11): 531–535.
19. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Костин И.Н. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике. *Доктор. ру.* 2019; 7 (162): 30–35.
20. Ghai V., Subramanian V., Jan H., et al. A systematic review on reported outcomes and outcome measures in female idiopathic chronic pelvic pain for the development of a core outcome set. *BJOG.* 2021; 128 (4): 628–634.
21. Ахтамова Н.А., Закирова Н.И., Каримова Г.С. и др. Синдром хронической тазовой боли – современный взгляд на проблему (обзор литературы). *Достижения науки и образования.* 2019; 12 (53): 91–95.
22. Ghai V., Subramanian V., Jan H., et al. A meta-synthesis of qualitative literature on female chronic pelvic pain for the development of a core outcome set: a systematic review. *Int. Urogynecol. J.* 2021; 32 (5): 1187–1194.
23. Walker E.A., Katon W.J., Hansom J., et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics.* 1995; 36 (6): 531–540.
24. Osório F.L., Carvalho A.C.F., Donadon M.F., et al. Chronic pelvic pain, psychiatric disorders and early emotional traumas: results of a cross-sectional case-control study. *World J. Psychiatry.* 2016; 6 (3): 339–344.
25. Siqueira-Campos V.M.E., Da Luz R.A., de Deus J.M., et al. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *J. Pain Res.* 2019; 12: 1223–1233.
26. Romão A.P.M.S., Gorayeb R., Romão G.S., et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int. J. Clin. Pract.* 2009; 63 (5): 707–711.
27. Hodgkiss A.D., Sufraz R., Watson J.P. Psychiatric morbidity and illness behavior in women with chronic pelvic pain. *J. Psychosom. Res.* 1994; 38 (1): 3–9.
28. Lorençatto C., Petta C.A., Navarro M.J., et al. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2006; 85 (1): 88–92.
29. Slocumb J.C., Kellner R., Rosenfeld R.C., et al. Anxiety and depression in patients with the abdominal pelvic pain syndrome. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 1989; 11 (1): 48–53.
30. Harrop-Griffiths J., Katon W., Walker E., et al. The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstet. Gynecol.* 1988; 71 (4): 589–594.
31. Laborda E., Clarke A., Carpenter T. The threshold for laparoscopy for pelvic pain. *Obstet. Gynaecol.* 2010; 12 (1): 7–12.
32. Neis K.J., Neis F. Chronic pelvic pain: cause, diagnosis and therapy from a gynaecologist's and an endoscopist's point of view. *Gynecol. Endocrinol.* 2009; 25 (11): 757–761.

## Chronic Pelvic Pain: a Neuropsychiatric View of the Gynecological Problem

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1, 2, 3, 4</sup>, P.O. Nikiforova<sup>5</sup>

<sup>1</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> Center for Reproductive Health of Adolescents in the Moscow Region on the basis of the Dolgoprudnenskaya Central City Hospital

<sup>5</sup> N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

*Chronic pelvic pain (CPP) in women is a multifactorial problem that requires an interdisciplinary approach involving the teamwork of an obstetrician-gynecologist and related specialists. In 80% of patients the causes of CPP are inorganic, while 40% of diagnostic laparoscopic operations and 12% of hysterectomies are performed annually. Pathogenetic reactions triggering CPP syndrome include increased anxiety, neurosis and concomitant high levels of stress. A cascade of such reactions leads to the formation of a vicious circle. CPP directly affects the social life of women. About 15% of women with CPP cannot work, and 45% have a noticeable decrease in productivity. Treatment of the psychoemotional component of CPP is a priority task of an obstetrician-gynecologist.*

**Keywords:** chronic pelvic pain, laparoscopy, psychosomatics, generalized anxiety disorder, endometriosis