

На правах рукописи

Коломыцкая Ирина Николаевна

**Неврологические симптомы и психо-эмоциональный
статус у больных с миомой матки**

Специальность 14.00.13; специальность 14.00.01

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени к.м.н.

Москва - 2004

На правах рукописи

КОЛОМЫЦКАЯ Ирина Николаевна

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ
СТАТУС У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ**

14.00.13- нервные болезни

14.00.01 - акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва-2004

Работа выполнена на кафедре нервных болезней и нейростоматологии
Института повышения квалификации Федерального Управления медико-
биологических и экстремальных проблем при МЗ РФ.

Научные руководители:

доктор медицинских наук
профессор

М.Н. Пузин

доктор медицинских наук
профессор

А.Л. Тихомиров

Научный консультант

Доктор медицинских наук

И.В. Пряников

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

А.С. Кадыков

доктор медицинских наук

Е.Л. Калинина

Ведущая организация:

**Московский государственный
медико-стоматологический
университет**

Защита диссертации состоится «*7 апреля*» 2004 г. в *14⁰⁰* часов на
заседании диссертационного совета Д208.120.01 при Институте повышения
квалификации Федерального Управления медико-биологических и
экстремальных проблем при МЗ РФ (123182, г. Москва, Волоюламское
шоссе, 30).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института
повышения квалификации Федерального Управления медико-биологических
и экстремальных проблем при МЗ РФ (123182, г. Москва, Волоюламское
шоссе, 30).

Автореферат разослан «*3 марта*» 2004 г.

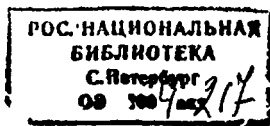
Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Е.С.Кипарисова

Актуальность проблемы. Дорсалгии - различные болевые синдромы в области позвоночника, в силу своей распространенности, тенденции к хроническому течению с частыми рецидивами оказывают существенное влияние на трудоспособность и жизнедеятельность, создавая тем самым проблему большой медико-социальной и экономической значимости (Шостак Н.А. и др., 2000; Beurskens A. et al.,1995; Beznstein J.A., 1998; Thomas E. et al.,1999).

В последние годы отмечен пересмотр ряда теорий патогенеза дорсалгии. Все более обоснованной представляется позиция тех исследователей, которые возражают против чрезмерно широкой диагностики, так называемых, «неврологических синдромов остеохондроза позвоночника» (Левит К., Вольф Г.-Д.,1993; Алтунбаев Р.А., 1996). Не отрицая ведущей роли в развитии ряда дорсалгических синдромов непосредственных компремирующих механизмов, связанных напрямую с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, многие авторы указывают на особое значение в манифестации болевого синдрома дисбаланса мышечно-связочно-фасциального аппарата. При этом первопричиной подобных нарушений признается патологическая проприоцептивная импульсация со стороны внутренних органов (Богачева Л.А. и др., 1996 - 1999; Иваничев Г.А.,1997; Bailey M., Dick L., 1992). Вместе с тем, развитие психологического дистресса, как результат хронического болевого синдрома, также может приводить к дальнейшему нарушению интерорецепции, что способствует дальнейшей дискоординации регуляторных механизмов и усугублению имеющихся изменений (Вейн А.М.,1999; Taenzer P., et al., 1996).

В целом исследования, посвященные изучению взаимосвязи патологии внутренних органов и болевых синдромов в области позвоночника, достаточно широко представлены в разделе соматоневрологии (Антонов И.П., 1968 - 1980; Веселовский В.П., 1990 - 1994; Попелянский Я.Ю., 1966 - 1981, Скоромец А.А., 1997; Тревел Д.Т.,



Симоне Д.Г., 1989; Porter R.W.,1993; Yayson J. et al., 1989 и др.). В отдельных работах рассматривается возможность реализации подобных механизмов дорсалгии также и при патологии женской половой сферы, в частности, при наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли матки - миоме (Водопьянов Н.П., 1979; Терешкина Е.И., 1999). Рядом исследователей высказывается мнение, что миома матки чаще развивается у женщин с неполноценностью адаптивно-приспособительных реакций организма и преморбидными личностными изменениями, которые в свою очередь также могут служить основой для формирования и проявления дорсалгии (Mallow R.M. et al.,1991; Rudy T.E. et al.,1996). Вместе с тем, работы по комплексному изучению особенностей клинической картины дорсалгии пояснично-крестцового уровня у пациенток с миомой матки отсутствуют, а результатов по опыту применения патогенетически-обоснованных лечебных программ при данной патологии не имеются.

Все вышеизложенное создало предпосылки для проведения настоящего исследования.

Цель исследования:

Разработка принципов диагностики и дифференцированного лечения дорсалгии пояснично-крестцового уровня при миоме матки с учетом особенностей клинических проявлений заболевания и психо-эмоциональных нарушений.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинических проявлений дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки.
2. Исследовать психологический статус больных с дорсалгии пояснично-крестцового уровня при миоме матки.
3. Провести клиничко-неврологический анализ и определить дифференциально-диагностические критерии дорсалгии пояснично-крестцового уровня при миоме матки.

4. Разработать базовые лечебно-восстановительные программы для больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки.
5. Оценить эффективность разработанных дифференцированных базовых лечебно-восстановительных программ для больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки.

Научная новизна работы.

В работе впервые осуществлен комплексный анализ особенностей клинических проявлений и психо-эмоциональных нарушений у больных дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки с использованием результатов специальных методов исследования (рентгенографические методы исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника, стабилметрия, электронейромиография длинных мышц спины, реовазография периферических сосудов нижних конечностей) и психологических тестов.

Показано, что применение при дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки дифференцированных, в зависимости от характера клинических проявлений и особенностей психо-эмоциональных нарушений лечебно-восстановительных программ, приводит к отчетливому регрессу болевого синдрома, мышечно-тонических нарушений, восстановлению двигательной функции позвоночника и конечностей, компенсации постуральной устойчивости, регрессу психо-эмоциональных расстройств.

Практическая значимость.

Заключается в совершенствовании методических подходов к диагностике и лечению дорсалгии пояснично-крестцового уровня при миоме матки.

Уточнены значение клинико-функциональных методов обследования для выявления пато-функциональных нарушений при дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки.

Предложен алгоритм выявления психологических расстройств при дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки с целью их дальнейшей адекватной коррекции методами психотерапии и психофармакотерапии.

Разработаны и предложены для практического внедрения базовые лечебно-восстановительные программы, дифференцированные в зависимости от особенностей клинических проявлений и характера психо-эмоциональных нарушений.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Выявленные особенности клинических проявлений дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки.
2. Выявленные особенности психологического состояния больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки.
3. Разработанные базовые лечебно-восстановительные программы для больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки, дифференцированные в зависимости от особенностей клинических проявлений и характера психо-эмоциональных нарушений.
4. Эффективность проводимого комплексного лечения- больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки.

Внедрение в практику.

Полученные результаты внедрены в практику работы неврологических отделений и отделений гинекологии ЦКБ В Л и МСЧ № 12 ФУ «Медбиоэкстрем» при МЗ РФ, в практическую и консультативную работу кафедры нервных болезней и нейростоматологии, кафедры восстановительной медицины Института повышения квалификации Федерального Управления медико-биологических и экстремальных проблем при МЗ РФ; используются в педагогическом процессе, в лекциях и практических занятиях, при подготовке слушателей на кафедре нервных

болезней и нейростоматологии и кафедре восстановительной медицины ИПК ФУ «Медбиоэкстрем» при МЗ РФ.

Апробация работы.

Диссертационная работа апробирована на заседании кафедры нервных болезней и нейростоматологии ИПК ФУ «Медбиоэкстрем» при МЗ РФ (декабрь 2003 г.). Материалы работы доложены на научно-практической конференции «Неврология - реабилитация, биомеханика» (Москва, 2003 г.), научно-практической конференции врачей ЦКБ ВЛ ФУ «Медбиоэкстрем» при МЗ РФ (2004 г.).

Публикации результатов исследования.

По теме диссертации опубликовано 2 печатные работы, список которых приведен в конце автореферата.

Объем и структура диссертации.

Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов, практических рекомендаций; изложена на 129 страницах машинописного текста, иллюстрирована 11 рисунками и 18 таблицами.

Библиография содержит 138 научных источника (104 на русском языке и 34 на иностранных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 128 пациенток с различными проявлениями дорсалгии на пояснично-крестцовом уровне. Все пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу составили 88 пациенток с различными проявлениями дорсалгии на пояснично-крестцовом уровне и находившиеся под диспансерном наблюдением у гинеколога по поводу миомы матки; во вторую группу - 40 человек, были включены пациентки сопоставимые по возрасту, характеру жалоб и течению основного заболевания, но без отягощенного гинекологического анамнеза (рис. 1).

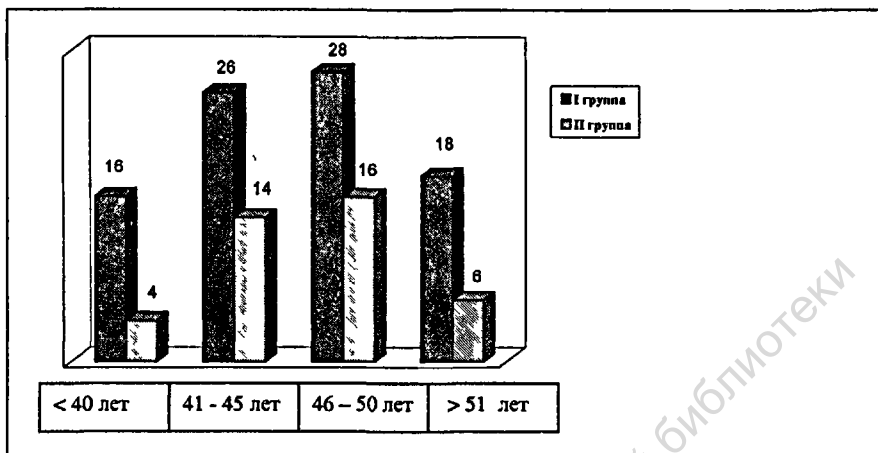


Рис. 1. Распределение обследуемых по возрасту.

Длительность клинических проявлений дорсалгии у обследованных составляла не менее 6 месяцев, длительность диспансерного наблюдения у врача-гинеколога по поводу миомы матки - не менее 1 года.

Всем пациенткам было проведено:

- комплексное клиническое обследование, включающее исследование неврологического статуса, исследование биомеханики позвоночника и конечностей, мануальное тестирование, гинекологический осмотр;
- рентгенографическое исследование, включающее рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2-х проекциях, компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансная томографию (МРТ) позвоночника;
- инструментальные исследования, включающие стабилметрическое исследование (СМ), реовазографию периферических сосудов нижних конечностей (РВГ), интерференционную миографию длинных мышц спины (ЭМГ), ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ);
- экспериментально-психологическое исследование, включающее опросник PEN (экстраверсия-интроверсия, нейротизм, психотизм) (Айзенк Г., Айзенк С, 1968), использовался адаптированный вариант;

определение личностной и реактивной тревожности с применением шкалы самооценки Ч.Д.Спилберга (1987), адаптированной ЮЛ.Ханиным (1996); определение уровня депрессии по шкале Бэка (1983); визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки интенсивности болевого синдрома (цифровой вариант «0-10»);

- тест «качество жизни», содержащий 10 шкал: физическая активность, оценка текущей жизненной ситуации, самооценка, выраженность эмоциональных нарушений, оценка будущего, настроение, взаимоотношения с супругом, социальные контакты, влияние заболевания на сон и активность.

При подготовке работы применялся метод статистической обработки материала (подсчет средней величины, ошибки средней, критерия достоверности Стьюдента, коэффициента ранговой корреляции и его ошибки), были также использованы исторический (литературно-аналитический) метод, метод экспертной оценки, графический метод, метод непосредственного наблюдения.

На момент обследования все пациентки (128 чел., 100,0%) предъявляли жалобы на постоянные или периодические боли в пояснично-крестцовой и ягодичной области различной степени интенсивности. Иррадиация боли в нижние конечности отмечалась у 28,1% обследованных (36 чел.), в область паха - 17,2% (22 чел.). В 56,3% случаях (72 чел.) отмечено повышение мышечного тонуса разгибателей спины разной степени выраженности, а в 55,5% (71 чел.) - выявлены экстравертебральные мышечно-тонические проявления (синдром «грушевидной мышцы», синдромы подвздошно-поясничной мышцы, аддукторов бедра и икроножной мышцы). Вертебральные деформации, преимущественно кифосколиотического типа, имели место у 53,2% обследованных (68 чел.), чаще при уплощении поясничного лордоза. Ограничение подвижности в пояснично-крестцовом отделе отмечены у 50,0% обследованных (64 чел.) (наиболее выражены при флексии во фронтальной плоскости). Блок крестцово-повздошного

сочленения выявлен в 36,7% случаях (47 чел.). В 14,1% случаев (18 чел.) имела место клиническая симптоматика, характерная для явлений раздражения или выпадения функций спинномозговых корешков $L_4 - L_5 - S_1$ (гипестезии в зоне иннервации, асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов с нижних конечностей, изменение тонуса и силы иннервируемых групп мышц и др.). Положительные симптомы натяжения, различной степени выраженности зафиксированы у 20,3% случаях (26 чел) (рис. 2).

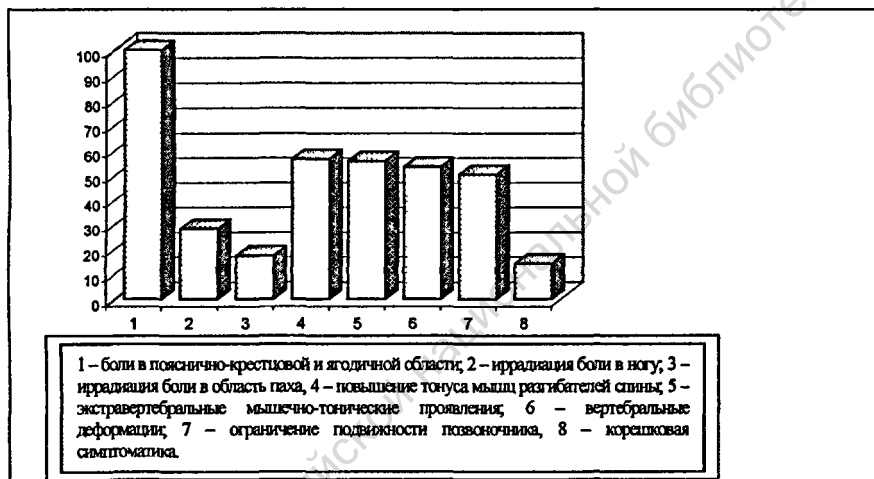


Рис. 2. Частота встречаемости клинических неврологических проявлений у обследованных пациенток

Пациентки I группы на момент обследования и ранее (по данным анамнеза) не высказывали жалоб, характерных для миомы матки (кровяные выделения из половых путей, длительные и болезненные менструации, учащенное мочеиспускание и т.п.), а диагноз миомы матки был установлен при периодическом осмотре или диспансеризации врачом-гинекологом. Проведенный нами гинекологический осмотр с применением ультразвукового обследования на аппарате «Logic - 9» (G-El.Co., США) позволил уточнить диагноз миомы матки (табл. № 1; табл. № 2).

Таблица № 1. Распределение больных по величине миомы матки вместе с узлами.

Общая величина матки с узлами	Частота встречаемости	
	абс.число (n=88)	проценты (n=100,0%)
<i>6 – 7 недель беременности</i>	45	51,1
<i>7 – 8 недель беременности</i>	43	48,9

Таблица № 2. Распределение больных в зависимости от вида миомы матки.

Вид миомы матки	Частота встречаемости	
	абс.число (n=88)	проценты (n=100,0%)
<i>Миомы с преимущественным субсерозным расположением узлов</i>	61	69,3
<i>Миомы с преимущественным интерстициальным расположением узлов</i>	27	30,7

Рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника (рентгенография в прямой и боковой проекции), проведенное в комплексе клинического обследования подтвердило наличие у большинства обследованных (122 чел., 95,3%) наличие дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. В дополнение к обзорной рентгенографии всем больным для исключения или подтверждения возможного компрессирующего механизма дорсалгий проводилось КТ или МРТ-исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника на аппаратах «Somatom - DR-J», «Magnetom Open» (Simens, ФРГ). В 16,4% случаев (21 чел.) выявлены поражение межпозвонковых дисков (МПД) дегенеративно-дистрофического характера, в том числе - пролапсы и грыжи МПД. Поражение МПД на одном уровне отмечалось в 66,7% случаях (14 чел.), у 33,3% обследованных (7 чел.) - на двух и более уровнях. Чаще определялись заднелатеральная и парамедиальная локализации грыж МПД с размерами от 6-8 мм (15 чел.) до 8-10 мм (6 чел.).

Для уточнения опороспособности нижних конечностей и степени

постуральной устойчивости всем пациенткам было проведено стабилметрическое исследование (СМ). Стабилометрия проводилась по стандартной методике европейского варианта основной стойки на стабилметрическом комплексе со стационарной четырех-датчиковой платформой (НМФ «МБН», Россия). Информативным критерием оценки формирующегося двигательного стереотипа в нашей работе явилось определение колебаний общего центра давления (ОЦД) во фронтальной и сагиттальной плоскостях и площади стабилограммы. У 43,8% обследованных (56 чел.) отмечено увеличение площади стабилограммы по сравнению со среднестатистическими данными здоровых людей ($395,62 \pm 163,28 \text{ мм}^2$ и $182,2 \pm 42,2 \text{ мм}^2$ соответственно).

Электронейромиографическое исследование (ЭМГ) проводилось с целью определения характера биоэлектрической активности мышц позвоночника в состоянии покоя (И.П. лежа) и при постуральной активности (И.П. стоя), а также для объективизации изменения тонического и контрактурного напряжения длинных мышц спины в процессе лечения пациенток с клиническими проявлениями дорзалгии. Выбор мышц для исследования был обоснован их наибольшей функциональной заинтересованностью в статическом удержании туловища в вертикальном положении (Зенков Л.Р., Ронкин М.А., 1991).

У большинства всех обследованных (обследовано 76 пациенток I и II групп) исходно отмечалась амплитудная асимметрия биоэлектрической активности мышц. При этом показатели средней амплитуды на ипсилатеральной стороне были значительно выше (в 1,5 раза), как в покое (И.П. лежа), так и при вертикальной нагрузке (И.П. стоя), что могло являться следствием рефлекторно-болевой активацией мышцы.

С целью уточнения характера и направленности реакций периферических сосудов нижних конечностей было проведено реовазографическое исследование. Запись реовазограмм периферических сосудов нижних конечностей (РВГ) проводилась методом продольной

реографии голеней и стоп на четырехканальной приставке 4-ПГ-ИА (Россия).

Проведено исследование 66 пациенткам (48 пациенток I группы и 18 пациенток II группы). У большинства обследованных - 81,8% (54 чел.) определялась симпатическая направленность сосудистых реакций - повышение тонуса сосудистой стенки, снижение интенсивности пульсового кровенаполнения. О повышении тонуса сосудов можно было судить по увеличению продолжительности анакротической части волн (α), уменьшению показателя (α_1 / α_2) и время задержки реографической волны ($Q-X$) (при $p < 0,01$, $p < 001$). Об уменьшении пульсового кровенаполнения свидетельствовало снижение величины реографического индекса (РИ). Выявленные сосудистые сдвиги носили функциональный характер, о чем можно было судить по нормализации показателей РВГ, записанные на фоне действия нитроглицерина.

Данные, полученные при экспериментально-психологическом исследовании по изучению черт личности в исследуемых группах (опросник PEN по Айзенк Г., Айзенк С.) позволили выявить изменения черт личности у обследованных больных. К ним относились: отклонение профиля личности в сторону интраверсии, более высокий нейротизм и наличие пациенток с высоким уровнем психотизма. При диагностике личностной и реактивной тревожности (шкала самооценки Ч. Д. Спилберга, в модификации ЮЛ.Ханина (1976)), уровень реактивной и личностной тревожности больных был высоким. Уровень депрессии (шкала Бэка) лишь у 24,2% обследованных (31 чел.) соответствовал нормальному уровню. Показатель интенсивности болевого синдрома, по результатам оценки аналоговой шкалы (ВАШ) в обследованных группах составлял в среднем **4,4±0,16**.

Проведенное исследование с помощью теста «качество жизни» позволило сделать вывод о том, что дорсопатия на пояснично-крестцовом уровне снижает качество жизни пациенток, влияя не только на физическую активность, способность к деятельности, настроение, самооценку, оценку

будущего, но и на систему отношений с другими людьми (супруги, родственники, друзья) и в целом оказывает выраженное негативное социальное воздействие.

Клинико-неврологический анализ и дифференциально-диагностические критерии дорзалгии пояснично-крестцового уровня при миоме матки.

Нами было проведено сопоставление выявленных клинических и патологических нарушений у пациенток I и II групп. Принимая во внимание некорректность прямого сопоставления всех возможных проявлений болезни, при анализе учитывались лишь статистически-достоверные и значимые различия.

По характеру течения заболевания, частоте и длительности периодов обострения дорзалгии было выделено два основных варианта. Первый вариант течения: частые (2-3 в месяц и более) обострения, длительность обострения от 2-х недель до 1 месяца, возможны затяжные обострения. Второй вариант: обострения не чаще 1 раза в 1,5-2 месяца, длительность от нескольких дней до 1 недели. Установлено, что для обследованных пациенток I группы более характерным являлся второй-вариант течения-болезни (71 чел., 80,7%), тогда, как для II группы обследованных пациенток более типичен был первый вариант (35 чел., 87,5%). Данные представлены на рис. 3.

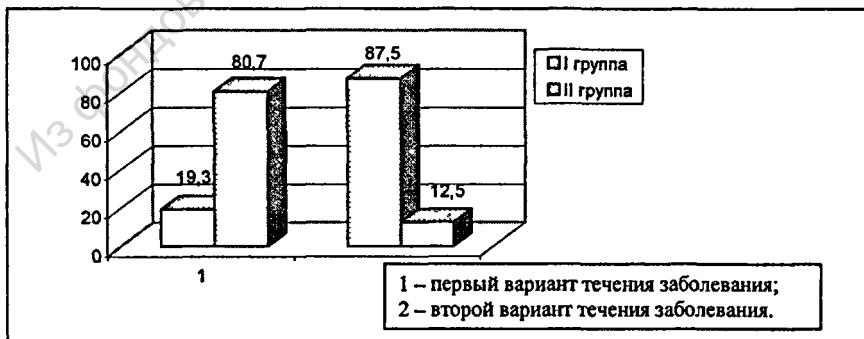


Рис. 3. Преимущественные варианты течения заболевания у обследованных I и II групп.

Достоверных различий локализации болевого синдрома в исследуемых группах не выявлено, однако, иррадиация болей различалась. Так, у обследованных пациенток II группы чаще, чем в I группе отмечалась иррадиация болей в нижние конечности - 31 чел. (77,5%) и 5 чел. (5,8%) соответственно. Частота встречаемости и особенности изменений биомеханики позвоночника не носили достоверного различия у обследованных, вместе с тем симптоматика, характерная для явлений раздражения или выпадения функций спинномозговых корешков во II группе отмечалась в 35,0% случаев (14 чел.) тогда, как в I группе - лишь в 4,5% (4 чел.). Данные о выявленных достоверно различимых клинических проявлениях болезни пациенток I и II групп представлены на рис. 4.

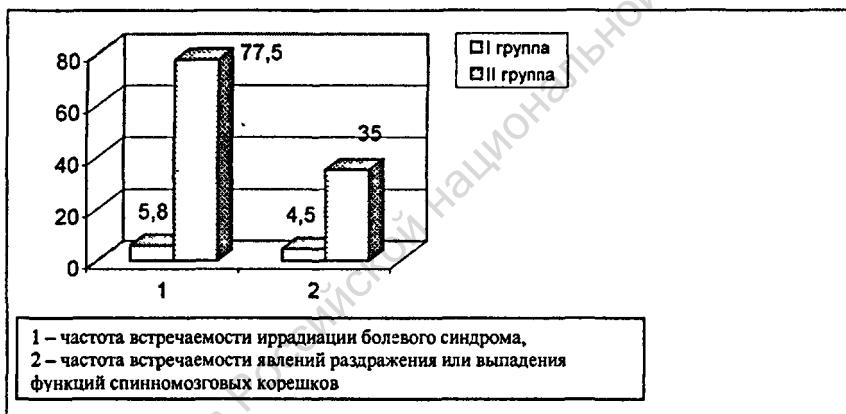


Рис.4. Выявленных достоверно различимые клинические проявления болезни пациенток I и II групп

Наличие дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике, выявленных при рентгенологическом исследовании, невозможно было отнести к определяющим факторам, поскольку таковые имели место практически у всех обследованных. Вместе с тем пролапсы и грыжи МПД по данным КТ и МРТ выявлены у 47,5% обследованных II группы и 3,4% обследованных I группы (19 чел. и 3 чел. соответственно).

Опороспособность нижних конечностей и степень поструральной устойчивости в обследованных группах различалась. Достоверное

увеличение площади стабилограммы выявлено у 95,0% обследованных (38 чел.) во II группе и у 20,5% (18 чел.) обследованных I группы.

Аналогичные результаты были получены и при анализе результатов электромиографии. Изменения ЭМГ преимущественно регистрировались у обследованных пациенток II группы - 92,5% (37 чел.) при 44,3% (39 чел.) в I группе.

Данные, полученные при СМ и ЭМГ исследованиях можно расценивать, как косвенный признак подтверждающий наличие у пациенток I группы мышечно-тонических нарушений при их относительной меньшей выраженности.

Выявленные при реовазографическом исследовании изменения реакций периферических сосудов нижних конечностей одинаково часто отмечались у пациенток как в I, так и во II группе (81,3% - 39 чел. и 83,3% - 15 чел. соответственно). Полученные результаты не носило достоверный характер ($p > 0,1$).

Выявленные у пациенток при реовазографическом исследовании изменения можно расценить, как неспецифическую генерализованную реакцию на периферических сосудов конечностей на болевой синдром.

Данные о достоверно различных результатах инструментальных методов исследования у пациенток I и II группы представлены на рис.5.

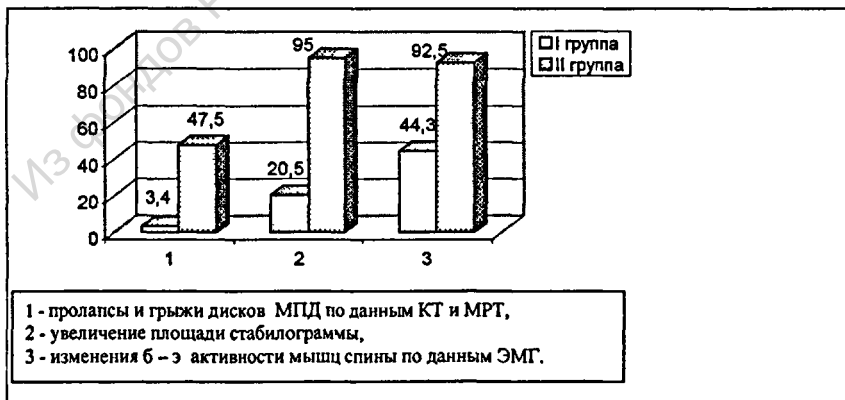


Рис. 5. Выявленные достоверно различные результаты инструментальных методов

исследования у пациенток I и II группы.

Обращают внимание полученные различия результатов экспериментально-психологического исследования в исследуемых группах. Так, выявленная общность черт личности больных I группы (опросник PEN по Айзенк Г., Айзенк С.) достоверно отличалась от больных II группы ($p < 0,05$). К ним относились: отклонение профиля личности в сторону интраверсии, более высокий нейротизм, наличие в I группе пациенток с высоким уровнем психотизма, при отсутствии таковых среди испытуемых II группы.

При диагностике личностной и реактивной тревожности (шкала самооценки Ч.Д.Спилберга, в модификации Ю.Л.Ханина (1976), высокий уровень реактивной и личностной тревожности больных I группы достоверно отличался от больных II группы ($p < 0,001$).

При исследовании уровня депрессии (шкала Бэка) было выявлено преобладание среди больных I группы лица с клинически выраженным уровнем депрессивных расстройств: умеренный и сильно выраженный - 75,0% (66 чел.). Во II группе аналогичный показатель составил лишь 30,0% (12 чел.).

Данные об интенсивности болевого синдрома полученные на основании оценки результатов исследования визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) также отличались в обследованных группах. Так в I группе среднее значение ВАШ в баллах составляло **4,1±0,13**, во II группе - **4,7±0,19**

При проведении исследования с помощью теста «качество жизни» у пациенток I группы показатели, характеризующие снижение качества жизни были выражены в большей степени, чем у пациенток II группы ($p < 0,05$).

Результаты полученные при экспериментально-психологическом исследовании в I групп, свидетельствующие о наличии выраженных разнородных эмоционально-личностных нарушениях, приводящих к социальной дезадаптации и снижению качества жизни, подтверждают

значительную роль психогенного фактора в формировании клинических проявлений дорсалгии у больных с миомой матки.

Таким образом, на основании проведенного комплексного анализа особенностей клинических проявлений, характера течения заболевания, с учетом полученных результатов инструментальных методов исследования и данных проведенных психологических тестов, определены дифференциально-диагностические критерии дорсопатии пояснично-крестцового уровня у пациенток с миомой матки.

Отдельные полученные результаты представлены в обобщающей таблице (табл. № 3).

Таблица № 3. Дифференциально-диагностические признаки дорсалгии пояснично-крестцового уровня при миоме матки.

Выявленные признаки	Свойства признака
<i>Клинические и клиничко-функциональные характеристики</i>	
Обострения не чаще 1 раза в 1,5-2 месяца, длительность от нескольких дней до 1 недели	Характерно
Вертеброневрологическая симптоматика	Не является определяющей
Мышечно-тонический компонент	Часто имеет место, но не достигает значительной выраженности
<i>Психологические особенности</i>	
Отклонение профиля личности в сторону интраверсии, более высокий нейротизм	Характерно
Высокий уровень психотизма	Характерно
Высокий уровень реактивной и личностной тревожности больных	Характерно
Умеренный и сильно выраженный уровень депрессивных расстройств	Характерно
Значительное снижение качества жизни	Характерно

Базовые лечебно-восстановительные программы для больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки.
Анализ эффективности проведенного лечения.

При анализе медицинской документации было установлено, что до момента настоящего исследования многие пациентки I группы получали курсы медикаментозного и физиотерапевтического лечения, как амбулаторно, так и стационарно. Курсы лечения у всех больных были практически однотипны (нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, антигистаминные и вазоактивные препараты, транквилизаторы, витамины группы В, биостимуляторы, блокады с местноанестезирующими веществами, физиотерапия), а эффект от проводимой терапии, как правило, кратковременный и незначительный. То есть, при предшествующем лечении имели место нерациональные тенденции: игнорировалась или недооценивалась психогенная составляющая болезни и роль функционирования антиноцицептивной системы, что выражалась в редком применении антидепрессантов. Не учитывался мышечно-тонический компонент в формировании дорзалгии, в связи с чем редко назначались миорелаксанты. Переоценка роли вертеброгенного фактора приводила к длительному приему малоэффективных для пациенток препаратов. То есть, резистентность к проводимой терапии во многом была обусловлена недостаточной патогенетической направленностью лечебных мероприятий.

Принимая во внимание многофакторный характер патогенетических механизмов развития клинических проявлений дорзалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки, значительную роль психогенного фактора в формировании патологии, были предложены дифференцированные комплексные лечебные программы.

Комплексные лечебные программы предусматривали:

- специальная методика лечебной гимнастики (в гимнастическом зале или бассейне), направленная на снижение болевого синдрома, расслабление и укрепление мышц тазового дна, улучшение лимфо- и кровообращения;

- ❑ процедуры мануальной коррекции позвоночника с использованием техники «мягких тканей» и постизометрической релаксации;
- ❑ лечебный массаж, проводимый дифференцированно, в соответствии с клиническими особенностями заболевания, в основном - область ягодиц, конечностей;
- ❑ электросон частотой 100 Гц силой тока 4-6 мА с дополнительной постоянной составляющей (ДПС) 0,1-0,2 мА по глазнично-сосцевидной методике через 2 дня, по 40 мин., № 10-12;
- ❑ психофармакотерапия в зависимости от преобладания психопатологического синдрома в средних терапевтических дозах (при доминировании тревожно-фобических расстройств - бензодиазепины, депрессивных - антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина, ипохондрических - малые нейролептики и др.);
- ❑ прием миорелаксантов (мидокалм, сирдалуд) в поддерживающей дозе (по показаниям);
- ❑ индивидуальная и групповая психотерапия.

Анализ проведенного лечения пациенток с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки, свидетельствовал о достаточной эффективности разработанных комплексных программ. В большинстве случаев - 92,0% (81 чел.) имело место уменьшения болевого синдрома. Характерно, что наряду со снижением интенсивности боли, ограничивалась и зона проекции дорсалгии, значительно сократились участки локальной мышечной болезненности. Снижение гипертонуса паравертебральных и экстравертебральных мышц привело к увеличению подвижности позвоночника и уменьшению вертебральных деформаций до полного регресса.

После проведения лечения отмечалось достоверное уменьшение амплитуды биопотенциалов исследуемых мышц по данным ЭМГ, а площадь статокинезограмм приближалась к показателям здоровых лиц. Эти результаты подтверждали формирование у пациентов оптимального статико-

динамического стереотипа и восстановление адекватного вертикального статического паттерна. По данным РВГ отмечалось снижение тонууса периферических сосудов нижних конечностей и увеличение интенсивности пульсового кровенаполнения, что также расценивалось как положительный признак, косвенно свидетельствующий об уменьшении интенсивности болевого синдрома.

При экспериментально-психологическом исследовании отмечена редукция многих психопатологических проявлений: достоверно уменьшилось количество пациенток с высоким и средним уровнем депрессии, а уровень реактивной тревожности у обследованных приближался к показателям нормы.

Суммарный показатель интенсивности болевого синдрома, по результатам оценки аналоговой шкалы (ВАШ) снизился и составлял в среднем **3,1±0,13**.

У 52 пациенток, имевших положительные результаты лечения был прослежен катамнез через 1 год. Положительный результат сохранился у 47 (90,4%) больных. Проведенное исследование с помощью теста «качество жизни» показало, что в результате лечения наступило улучшение самочувствия, снижение выраженности аффективного дистресса и как следствие - повышение «качества жизни». При гинекологическом обследовании и ультразвуковом исследовании органов малого таза роста миомы после проведенного лечения не было выявлено. Катamnестические данные подтверждают достаточную эффективность проведенного патогенетически-обоснованного лечения.

В 10,2% случаев (9 чел.) не было достигнуто отчетливого положительного эффекта от проводимой терапии. Это могло быть объяснено особенностями личности пациенток и психологическими трудностями, обусловленными их реакцией на предшествующее длительное, малоэффективное лечение.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило уточнить некоторые аспекты патогенеза дорсалгии при миоме матки. Так известно, что в механизмах возникновения миомы матки играют роль неполноценность адаптивно-приспособительных реакций и как следствие, нарушение различных звеньев кольцевой системы: кора головного мозга - гипоталамус - гипофиз - надпочечники - яичники - матка. При этом особое место, воздействующее на центральные звенья кольцевой системы, отводится психогенным факторам. Факторы периферические болевой импульсации (вертеброгенные, миогенные), по нашему мнению, могут выполнять триггерную функцию. Наряду с этим, имеющиеся психогенные факторы способствуют повышению тонуса мышц. Повышенное мышечное напряжение в свою очередь также создает предпосылки для формирования новых очагов мышечного гипертонуса, миофасциальных триггерных точек, которые становятся дополнительными очагами периферической болевой импульсации. В спазмированных мышцах возникают ишемические изменения, поддерживающие боль. Боль является психотравмирующим воздействием, способствующим повышению мышечного напряжения - формируется самоподдерживающийся механизм. Можно предположить, что на стадии дебюта болевые проявления органической природы имеют доминирующее значение, а психогенные факторы - решающую роль в развитии и поддержании патологического процесса.

Поэтому выявленные в нашем исследовании клиническая специфичность и совокупность диагностических критериев дорсалгии пояснично-крестцового уровня при миоме матки, позволяют уточнить подходы к диагностике данной патологии, что в свою очередь способствует оптимизации лечебных воздействий, путем применения патогенетически-обоснованных комплексных программ.

Выводы.

1. Дорсалгия пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки отличается клинической специфичностью неврологической

симптоматики, особенностями течения заболевания, характерными изменениями данных инструментальных методов исследования.

2. Эмоционально-личностные нарушения у больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки имеют свои особенности: отклонение профиля личности в сторону интраверсии, более высокий нейротизм и высокий уровень психотизма, высокий уровень реактивной и личностной тревожности, высокий уровень депрессии и сниженные показатели качества жизни.
3. Выявленные изменения свидетельствуют о многофакторном характере патогенетических механизмов формирования клинических проявлений дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки и дают основание предположить значительную роль психогенных факторов в развитии и поддержании патологического процесса.
4. Предложенная схема обследования больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня на основе анализа клинических проявлений, психо-эмоциональных нарушений и данных специальных инструментальных методов- исследования позволяет провести дифференциальную диагностику заболевания.
5. Применение при дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки дифференцированных, в зависимости от характера клинических проявлений и особенностей психо-эмоциональных нарушений лечебно-восстановительных программ, приводит к отчетливому регрессу болевого синдрома, мышечно-тонических нарушений, восстановлению двигательной функции позвоночника и конечностей, компенсации постуральной устойчивости, регрессу психо-эмоциональных расстройств и не влияют на рост миомы матки.
6. Результаты лечения больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки свидетельствуют о достаточной эффективности разработанных патогенетически-обоснованных программ. Количество неудовлетворительных исходов лечения составляет менее 8%. По данным

катамнеза после проведения курса лечения отмечается стойкий регресс дорсалгических проявлений, а также повышается психическая активность, физическая работоспособность и в целом - качество жизни.

Практические рекомендации

1. При диагностике проявлений дорсалгии пояснично-крестцового уровня у больных с миомой матки необходимо учитывать особенности клинических проявлений, характера течения заболевания, результаты специальных методов исследования (рентгенографические методы исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника, стабилметрия, электронейромиография длинных мышц спины, реовазография периферических сосудов нижних конечностей) и психологических тестов.
2. Для выявления психо-эмоциональных нарушений у больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки наиболее целесообразно в алгоритм обследования включить следующие психологические тесты: опросник РЕН Айзенка (экстраверсия-интроверсия, нейротизм, психотизм), шкала Бэка, тесты Спилберга, визуальная аналоговая шкала (ВАШ), тест «качество жизни».
3. Базовые лечебно-восстановительные программы для больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки должны быть дифференцированы в зависимости от особенностей клинических проявлений и характера психо-эмоциональных нарушений.
4. При оценки эффективности проведенного лечения у больных с дорсалгией пояснично-крестцового уровня при миоме матки в комплексе клинических методов обследования целесообразно применение теста «качество жизни», поскольку результаты теста являются суммарным показателем, отражающим изменения социальной самооценки пациента в результате лечения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Применение скипидарных ванн, озокерита и парафина в комплексном лечении больных с дорсалгиями при миоме матки // Обзорная информация ЦБНТИ Минтруда и соцразвития РФ. - М., 2003. - 10 с.
2. Дорсалгия пояснично-крестцового уровня при миоме матки (принципы диагностики и лечения) // Методические рекомендации для врачей. - М., 2004.-35с.(ссоавт).

Из фондов Российской национальной библиотеки

Из фондов Российской национальной библиотеки

Типография ООО «Телер»
127299 Москва, ул. Космонавта Волкова, 12
Лицензия на полиграфическую деятельность ПД № 00595
Формат 60x90 1/16. Тираж 100 экз.
Бумага «КУМ» 0,63л. Заказ № 26

№ - 5423

Из фондов Российской национальной библиотеки