

Клиническое течение аффективных расстройств, коморбидных с синдромом хронической тазовой боли у девочек-подростков

Лубеницкая А.Н.^{1, 2}, Иванова Т.И.^{2, 3}

¹ БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой», Омск, Россия
² ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия
³ ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень Россия

Проблема синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) представляет собой актуальную мультидисциплинарную задачу, находящуюся на стыке неврологии, гинекологии и психиатрии. Высокая коморбидность СХТБ с аффективными и невротическими расстройствами у девочек 12-18 лет обусловлена интенсивными нейроэндокринными перестройками пубертатного периода, становлением репродуктивной системы и формированием психоэмоциональной сферы. Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительной распространенности данной патологии (2-25% женского населения), уровень дезадаптации при которой сопоставим с бронхиальной астмой и сахарным диабетом. С позиции биопсихосоциальной модели хронический болевой синдром рассматривается как самостоятельное заболевание центральной нервной системы, в основе которого лежит сложный каскад нейрогенных воспалительных процессов и гетерогенное взаимодействие иммунной, неврологической, эндокринной и психологической систем организма.

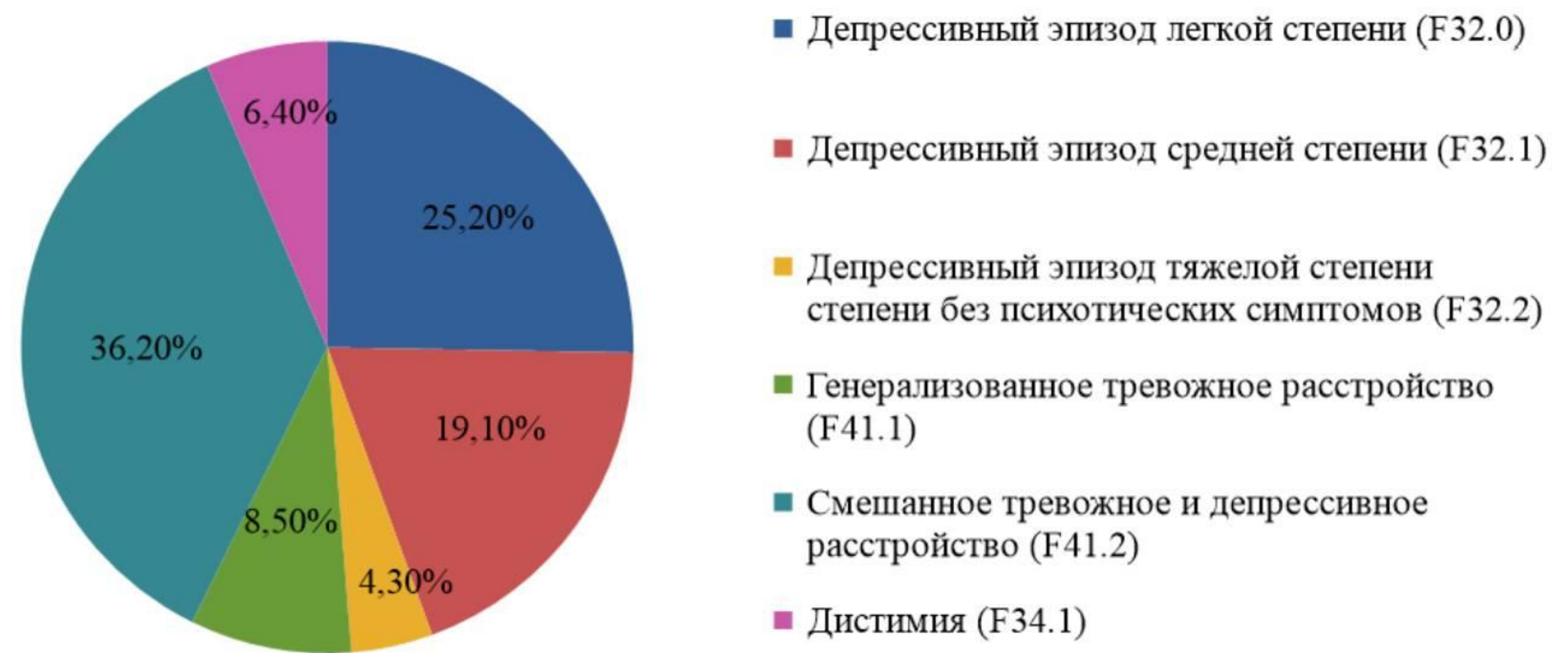
Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинического течения тревожно-депрессивных расстройств, ассоциированных с наличием СХТБ, у девочек-подростков города Омска.

Материал и методы

На базе хирургического отделения БУЗ ОО «Областная детская клиническая больница» было обследовано 63 пациентки, страдающих СХТБ, в исследование включено 47 пациенток с обнаруженным расстройством аффективной сферы (диагнозы по МКБ-10: F32, F33, F41, F45 или F48) в возрасте от 13 до 17 лет включительно (средний возраст 16,04 ± 0,87 года) с верифицированным диагнозом хронической тазовой боли и сопутствующими аффективными расстройствами (согласно формальным критериям МКБ-10: F32, F33, F41, F45, F48). Оценка психического состояния проводилась с помощью валидированных методик: оригинальный опросник, касающийся стрессовых факторов, опросник Strategic Approach to Coping Scale (SACS), шкала Psychological Stress Measure (PSM-25), Тест на самооценку стрессоустойчивости личности, Анкета оценки качества жизни (MOS SF-36), Шкала тревоги Бека, Опросник детской депрессии (CDI, Kovacs M.), Опросник суицидального риска (Разуваева Т.Н.), Стандартизованный многофакторный метод исследования личности (адаптация MMPI). Полученные переменные были подвергнуты статистическому анализу с помощью программы StatTech v. 4.14.2.

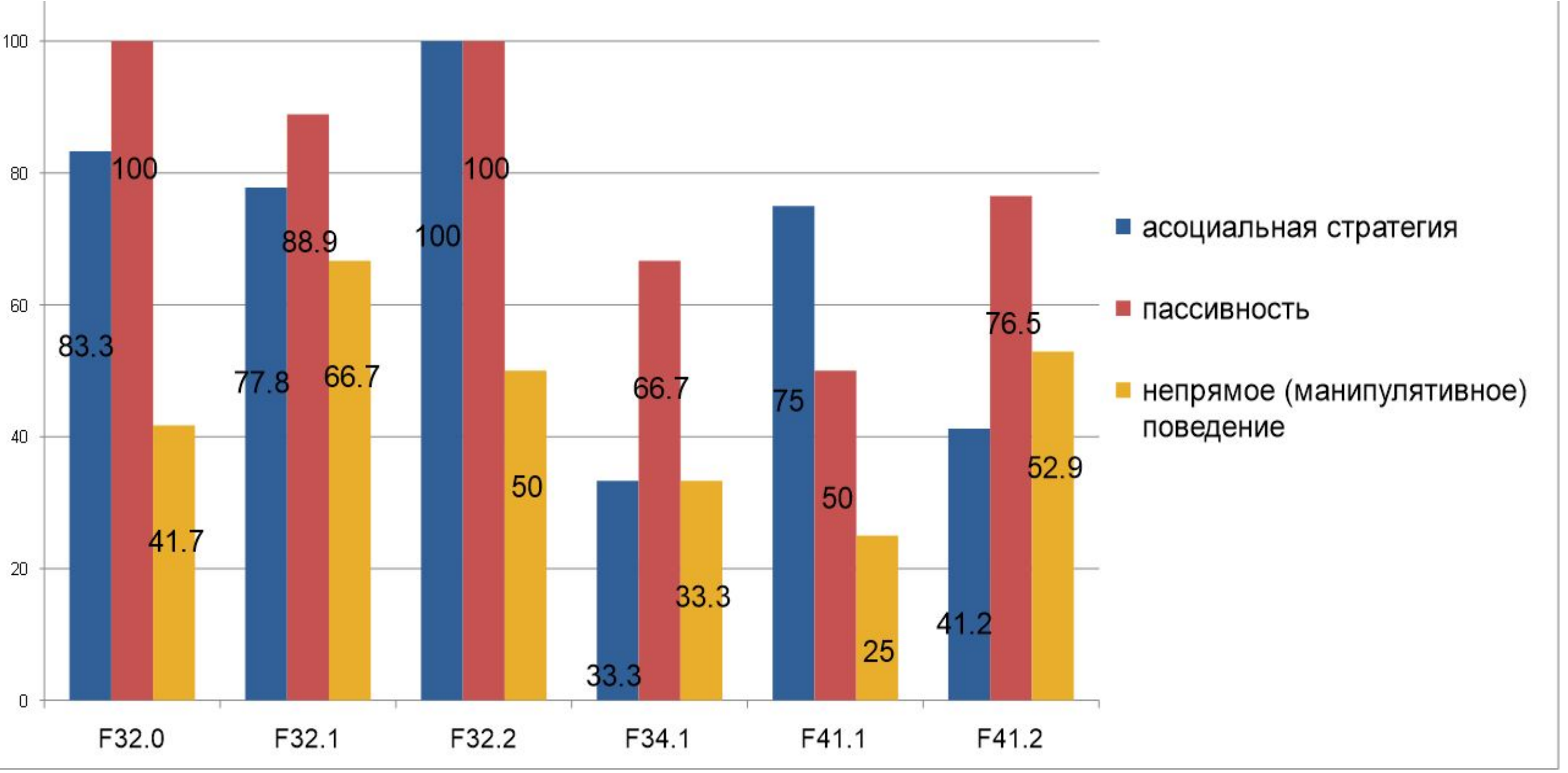
Результаты

В ходе исследования установлено, что наиболее частой гинекологической причиной болевого синдрома являлась дисменорея (51,1%). Клинико-психопатологический анализ выявил высокую степень коморбидности СХТБ с психопатологией аффективной сферы: депрессивные эпизоды различной степени тяжести диагностированы у 55,3% пациенток, смешанное тревожное и депрессивное расстройство - у 36,2%, генерализованное тревожное расстройство - у 8,5%.



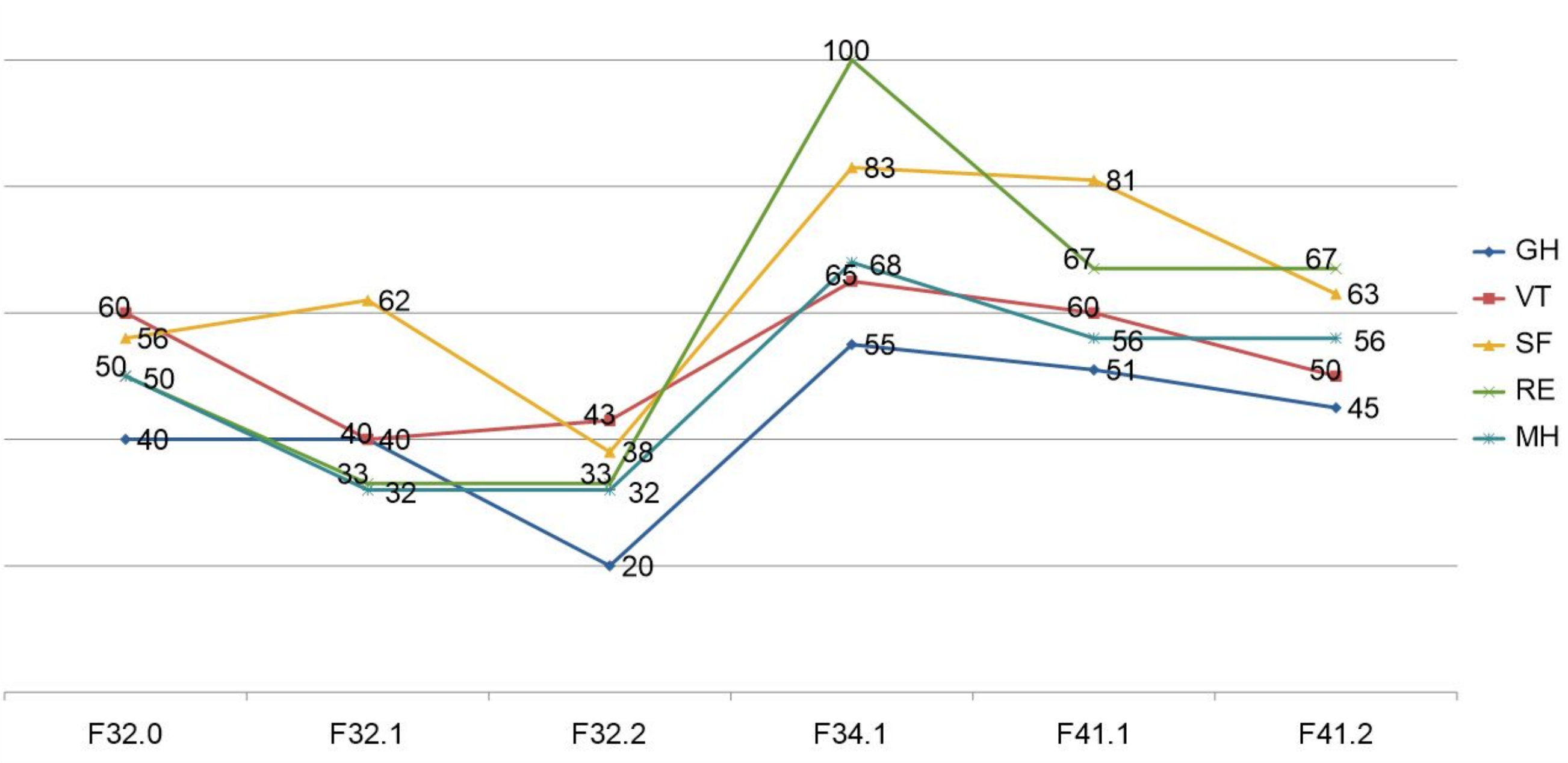
Распределение расстройств аффективной сферы в исследуемой выборке

Результаты исследования личности по методике СМЛП подтвердили значительную тяжесть аффективной патологии: у 40,8% выборки зафиксировано повышение по шкале депрессии (2-я шкала), а суммарно повышенный уровень тревожности (7-я шкала) выявлен более чем у трети обследованных.



Распределение значений осей “просоциальной-асоциальной стратегии”. “активности-пассивности”, “прямых-непрямых (манипулятивных) действий” по опроснику SACS

Исследование механизмов совладания со стрессом показало доминирование дезадаптивных поведенческих стратегий: у большей части респондентов преобладала пассивная позиция и отстранение, многие демонстрировали асоциальные действия (избегание, агрессия), что существенно затрудняло социальную адаптацию и способствовало формированию порочного круга «боль — тревога — депрессия». При этом статистически значимых корреляций между уровнем стресса (по шкале PSM-25) и тяжестью аффективных расстройств не выявлено, однако старшие подростки (16–17 лет) демонстрировали достоверно более высокую психологическую адаптированность к нагрузкам по сравнению с младшими (p=0,021).



Распределение значений шкал опросника SF-36 в зависимости от диагноза

Анализ качества жизни по опроснику SF-36 продемонстрировал выраженное снижение всех компонентов здоровья, особенно общего состояния здоровья (GH), жизненной активности (VT), социального (SF) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), психического здоровья (MH). Выраженность ангедонии и общий уровень депрессии по опроснику Ковач определены как ключевые маркеры, дифференцирующие тяжесть аффективной патологии.

Таким образом, полученные данные подтверждают системный характер проблемы, затрагивающей физическое здоровье, психологическое благополучие и социальную адаптацию подростков. Учитывая высокую частоту дезадаптивных копинг-стратегий и наличие конфликтных отношений в семьях 34% пациенток, эффективность терапии СХТБ напрямую зависит от применения комплексного мультидисциплинарного подхода. Он должен включать не только медикаментозную терапию болевого синдрома, но и обязательную психотерапевтическую поддержку, направленную на коррекцию тревоги, депрессии и вовлечение семьи в терапевтический процесс для создания поддерживающей среды.

