

ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ В СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.Р. Айриянц, М.И. Ягубов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Синдром хронической тазовой боли – широко распространенное, длительно протекающее заболевание, требующее больших затрат. Так, в США предполагаемые прямые медицинские расходы на амбулаторные посещения по поводу хронической боли в области таза (женщины в возрасте 18–50 лет) составляют приблизительно 881,5 млн. долларов США в год [31]. Больные с хронической тазовой болью (ХТБ) в основном обращаются за помощью к гинекологам, урологам и неврологам. Так как многие из этих пациентов имеют сексуальные и психические расстройства, они попадают и в поле зрения сексологов, но чаще всего после длительного лечения у врачей других специальностей.

Цель научного обзора – обобщение сведений отечественных и зарубежных публикаций, посвященных проблеме сексуальных и психических нарушений у пациенток, страдающих хронической тазовой болью.

Особенностью методической части обзора является то, что процесс поиска сведений в научных библиотеках при ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П.Сербского» Минздрава России и по электронным информационным ресурсам (e-library, PubMed, Scopus) показал малый объем тематических научных публикаций (78 источников) и отсутствие общего мнения о характере психической патологии и сексуальных расстройств у женщин при синдроме хронической тазовой боли (СХТБ).

Эпидемиология

По данным статистики СХТБ в той или иной степени страдают 15–20% женщин и 8% мужчин [2]. И.Ю.Щеглова [5] приводит следующие статистические данные: 10% амбулаторных пациенток, обращающихся к гинекологам, составляют больные с хронической тазовой болью. По поводу СХТБ в гинекологических стационарах США выполняется ежегодно 25–40% лапароскопий, 10–19% гистерэктомий [18]. В 50% случаев не удается найти органическую

причину болей [12, 20]. Сходные данные приводятся американским исследователем R.J.Echenberg [16]: 15% женщин детородного возраста в Соединенных Штатах страдают ХТБ. Во всем мире частота хронической боли в области таза у женщин детородного возраста колеблется от 14% до 32%, а среди женского населения – от 2,1% до 24% [14].

Этиопатогенез

Большинство исследователей, изучающих СХТБ, сходятся во мнении, что существует взаимосвязь этого синдрома с психической патологией. По данным А.Б.Смулевича [3], соматоформные расстройства диагностированы у 36% пациенток гинекологических отделений. Болевые расстройства выявляются у 20–40% больных, обращающихся к психиатрам, в том числе и специалистам по пограничной психиатрии [10]. Так, G.Trutnovsky, C.Plieseis и соавт. [33] пишут, что у 40% обследованных женщин, страдающих СХТБ, была диагностирована депрессия или другие аффективные расстройства. Важность понимания психогенных механизмов боли подчеркивает A.Graziottin [19]. Он говорит о недопустимости «картезианского» подхода к проблеме, когда тело и разум разделены, но специалисты, сталкивающиеся с ХТБ, к сожалению, часто игнорируют или недооценивают жалобы пациенток. «Как следствие, лишь немногие врачи считают психогенные факторы серьезными биологическими причинами боли». Автор выделяет интрапсихические причины боли, такие, как психозы, которые могут изменить как когнитивные процессы, так и восприятие боли; депрессия, которая «говорит через тело» и характеризуется разнообразием жалоб на соматическую боль; тревожные особенности (черты) личности, генетическую предрасположенность к тревожным расстройствам, при которых corpus amygdaloideum (миндалины) может усилить реакцию нервно-вегетативного возбуждения на боль и снизить болевой порог. Расстройства личности также могут повысить уязвимость к внутренним или внешним болевым сигналам. Все эти причины являются «интрапсихиче-

скими», но, тем не менее, они имеют прочную нейробиологическую основу. Другими причинами являются психогении (это контекстно-зависимый, психологический/реляционный вариант ХТБ). Психогенными факторами могут быть физический ущерб, такой как физическое или сексуальное насилие, эмоциональная депривация, например, у детей из детских домов, или имеющих матерей с тяжелой депрессией. В обоих случаях психологические факторы имеют биологический коррелят, характеризующийся нейроиммунно-эндокринными изменениями, типичными для хронического стресса, через сигнальные пути кортикотропин-релизинг-фактора (CRF). Это вызывает постоянное увеличение количества глюкокортикоидов и снижение активности серотонинергических и дофаминергических нейронов и путей, что, в свою очередь, приводит к депрессии, апатии, астении и усилению активности воспалительных процессов. Авторы утверждают, что существует двунаправленная сеть взаимодействий центральной и периферической нервной системы (включая болевую перцепцию), эндокринной и иммунной систем. Существование этих путей позволяет стрессовому воздействию влиять на иммунную, эндокринную и нервную системы с серьезными последствиями для здоровья. ХТБ приводит к возникновению в мозге стойкого нейровегетативного возбуждения, характеризующееся хроническим увеличением глюкокортикоидов и воспалительных молекул (маркеров воспаления) в плазме, что увеличит активность миндалина, и, которая, в свою очередь, способствует поддержанию гиперреактивности: сигнализация даже на незначительные стимулы, через увеличение так называемого долгосрочного потенцирования нейрональной активности. Кроме того, в случае боли или стресса любой этиологии миндалина немедленно активирует максимальную реакцию на возбуждение. Это способствует увеличению «общей тревожности – free floating anxiety», которая достигает максимума у женщин, генетически предрасположенных к тревожным расстройствам; уменьшению центрального порога восприятия боли; повторной активации нейрогенного увеличения чувства боли и воспалительных сигналов (которые могут быть опосредованы через периферию – тучные клетки) [26]. С точки зрения вышеупомянутых авторов, идентификация сигнальных путей кортикотропин-релизинг-фактора (CRF) способствует более глубокому пониманию связанных со стрессом реакций: эндокринной – в виде активация гипофизарно-надпочечниковой системы, поведенческой – в виде усиления тревоги/депрессии, нарушений пищевого поведения, и вегетативной – активация симпатической нервной системы. На периферии нейрогенная стресс-индуцированная активация тучных клеток увеличивает уязвимость слизистых оболочек (кишечника, влагалища, мочевого пузыря) к агрессии различных микробов, что вызывает так называемый «синдром раздраженного кишечника» и/или эндометрит, эндометриоз. Это

гипотеза «закона боли» [26], которая предполагает, что нерегулируемый воспалительный статус, включающий воспалительные клетки и/или воспалительные молекулы, такие как интерлейкины является общим знаменателем острой и хронической боли, независимо от его ноцицептивного или невропатического, центрального или периферического характера. Формирование хронической боли, согласно «теории боли», объясняется дисфункцией нервных путей и центров, контролирующих поток болевых импульсов. В одних случаях главную роль играет снижение активности антиноцицептивной системы, в других – феномен сенситизации нейронов, в третьих – развитие нейрогенного воспаления, поддерживаемого постоянной нервной импульсацией и продукцией вещества P, пептида, кодируемого геном кальцитонина (calcitonin gene related peptide, CGRP), фактора роста нервов и нейрокининов в пораженном органе.

По нашим данным [1] среди патогенетических факторов можно выделить раннее «отлучение от матери» – воспитание в яслях с 7–8 месяцев, раннее отделение от родителей с воспитанием и проживанием у бабушки и других родственников (52%), с формированием амбивалентного отношения к родителям, при высоком уровне зависимости от матерей. Помимо этого, в 48% случаев выявляется задержка полового созревания. Из психотравмирующих факторов в анамнезе у пациенток в 12,5% случаев была установлена попытка или реализованное изнасилование и перенесенные ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем) у 25%.

Клинические особенности

Хроническая тазовая боль (ХТБ) у женщин являясь изнурительным состоянием, существенно ухудшает качество жизни. ХТБ определяется как боль, возникающая ниже пупка (в области малого таза), которая длится не менее шести месяцев и не связана с онкологическим заболеванием, не носит циклический характер, не связана с менструальным циклом. ХТБ является симптомом, вызванным одним или несколькими различными состояниями, но во многих случаях это хроническое состояние, обусловленное нарушением функции нервной системы (часто называемое «невропатической болью») [25]. Отдельное место при синдроме ХТБ занимает вульводиния – боль в области вульвы, продолжительностью не менее 3 месяцев, в основе которой не лежит органическое поражение гениталий, такое, как инфекционное воспаление или опухоль. Вульводиния обычно описывается пациентками, как чувство жжения, покалывания, раздражения или неприятное ощущение чрезмерной влажности. Выделяют генерализованную вульводинию – боль или дискомфорт, которые могут ощущаться во всей области вульвы, и локализованную вульводинию – ощущается только в одном определенном участке. Существует также деление на провоцируемую вульводинию (сино-

нимы – синдром вульварного вестибулита, очаговый вульвит, вестибулодиния или вестибулит вульвы), вызванную деятельностью или контактом с областью наружных половых органов, например, при сексуальном контакте, использованием гигиенического тампона, гинекологическим обследованием или даже ношением облегчающей одежды, и спонтанную вульводинию, возникающую без инициации каким-либо триггером [30]. В 20% случаев причиной возникновения ХТБ являются гинекологические заболевания: эндометриоз, аденомиоз и миома матки [11]. Другими причинами могут быть воспалительные заболевания органов малого таза: тазовое адгезивное заболевание (спаечный процесс в малом тазу), синдром болезненного мочевого пузыря, интерстициальный цистит, дивертикулит, дисфункция тазового дна. Симптомами дисфункции тазового дна могут быть боль в области таза, дизурические (болезненное, частое мочеиспускание), диспепсические явления (напр., запор), боль при половом акте (диспареуния). ХТБ связывают с изменениями в центральной нервной системе, поддерживающими ощущение боли в отсутствие острого повреждения [2]. Эти изменения могут усиливать или искажать восприятие неприятных ощущений. Хроническая тазовая боль может формироваться как следствие перенесенного воспаления в одном из органов малого таза, например, острого цистита, проявлением нейропатии срамного нерва, фибромиалгии, воспаления крестцово-подвздошных суставов и т.д. Однако, все исследователи этой проблемы отмечают высокий процент пациентов, у которых не удается выявить соматическую патологию, являющуюся причиной ХТБ. Так, по данным J.P.Daniels, K.S.Khan [14], по крайней мере, у трети женщин с хронической тазовой болью при лапароскопии не обнаруживаются никаких органических причин.

И.Ю.Щеглова считает хроническую тазовую боль сложным психосоматическим синдромом, структурными элементами которого являются психические нарушения пограничного уровня, соматовегетативные и сексуальные расстройства [5]. По ее мнению, психопатологическая составляющая синдрома хронической тазовой боли включает сенсорные, аффективные и идеаторные нарушения, которые при синдромальной квалификации могут быть отнесены к депрессивным, тревожно-фобическим и соматоформным расстройствам.

L.Speer и соавт. [31] из медицинского колледжа университета Толедо связывают ХТБ с другими функциональными соматическими болевыми синдромами, например, с синдромом раздраженного кишечника, синдромом неспецифической хронической усталости и такими психическими расстройствами, как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия. M.K.Singh [30] отмечает, что ХТБ представляет собой серьезную проблему для врачей из-за неясной этиологии, сложностей при сборе анамнеза

и высокой терапевтической резистентности. Автор отмечает, что единственным способом решения этой проблемы является использование междисциплинарного подхода. Успешная терапия ХТБ требует знаний патологии тазовых органов и систем, опорно-двигательного аппарата, неврологии и психиатрии и интеграции усилий врачей разных специальностей. M.K.Singh и соавт. [30] считают, что гинекологическое лечение хронической боли в области малого таза часто бывает неудовлетворительным, даже если оно направлено на этиологический фактор. Авторы также говорят о необходимости «биопсихосоциального» подхода к терапии СХТБ из-за его коморбидности с психическими расстройствами депрессивного спектра. R.Vonnema и соавт. [11] также подчеркивают связь СХТБ у женщин с депрессией и стрессовым энурезом. С.P.Perry [28] отмечает, что пациентка с ХТБ может испытывать сильную боль даже после гинекологического осмотра, несмотря на то, что его первопричина – например, очаги эндометриоза, которые по результатам обследования значительно уменьшились или исчезли. С его точки зрения от 80 до 90% пациенток с ХТБ испытывают депрессию. Болевые ощущения со временем могут возрастать. Автор считает, что хроническая боль вызывает изменения в ЦНС и/или повышенную чувствительность болевых нейронов. Он подчеркивает необходимость обучения медицинских работников (гинекологов, урологов и др.) с целью профилактики ХТБ, отмечая, что в акушерско-гинекологической научной литературе практически не рассматривается вопрос связи хронической тазовой боли с психическими и неврологическими нарушениями, не отображаются нейрофизиологические аспекты ХТБ.

При изучении пациентов, страдающих хронической болью, становятся очевидны особенности их поведения и отношения к болезни в целом и болезненным ощущениям. D.C.Ciccione, R.C.Grzesiak [13] пишут: «Мы должны различать людей, страдающих от постоянной боли, основанной на биологическом заболевании или дисфункции, и продолжающих жить, любить и воспитывать детей, и тех людей, у которых вся сущность запутывается в боли, лечении, лекарствах, получении инвалидности и т.д. У многих пациентов из этой группы есть история травм, таких как сексуальное или физическое насилие». Авторы указывают, что нейробиологические последствия травмы сложны и не всегда имеют объяснения с точки зрения биологии. Ученые также предупреждают врачей гинекологов, к которым обычно в первую очередь обращаются пациентки с хронической тазовой болью, от необоснованных инвазивных вмешательств. Важность, даже необходимость консультации психиатра пациенток с ХТБ перед диагностической лапароскопией, подтверждается многими авторами [11, 13, 27] – в чьих работах описываются возможные последствия инвазивных исследований у пациенток, тропных к фиксации на

болезненных ощущениях, соматизации. С.Р. Perry [27, 28] указывает, что от 2 до 10% всех обращений за консультацией в гинекологических кабинетах составляет хроническая тазовая боль. 20% всех лапароскопических операций выполняются для дифференциальной диагностики при ХТБ, однако до 61% пациентов не получают после процедуры диагноза, объясняющего болевую симптоматику. Роль психиатра, психотерапевта до операции и после нее у таких больных невозможно недооценивать. В анамнезе 60–70% женщин, страдающих ХТБ, травмирующие для их психики манипуляции, с комментариями не деликатного или пугающего характера. Даже дискомфортный или умеренно болезненный гинекологический осмотр может послужить пусковым моментом для психогенной ХТБ.

Стоит также обратить внимание на боли, которые возникают вследствие фрустрации и застойных явлений при оргазмической дисфункции у женщин. Если женщина при сексуальной стимуляции не достигает оргазма (фаза плато сексуальной реакции женщины), то в тазовых органах могут ощущаться боли, вызванные вазоконгестией [30]. Еще Н.С. Taylor [32] в 1949 году указывал на связь психических расстройств, главным образом эмоционального характера, и чувством тяжести в малом тазу (синдром полнокровия малого таза). Автор отмечал «психосоматический» характер болей, феномен эмоционального напряжения гладких мышц, в том числе и малого таза и секреторных клеток у таких пациенток. Женщины, страдающие ХТБ, «психологически отличались» от женщин без подобного синдрома. «Они имели тенденцию быть более «невротичными» и иметь ненормальное отношение к своей сексуальности и сексуальности своего партнера». Это приводило к тому, что застойные явления в области малого таза у некоторых рассматривались как чисто психиатрическое состояние (*pelipathia vegetativa*). В своем исследовании R.W. Beard [7, 8] подтверждает это мнение, обнаруживая, что женщины с застойными явлениями в малом тазу, как правило, более «невротичны» и находятся в менее удовлетворительных отношениях.

Ряд авторов, изучавших ХТБ, указывают на формирование у пациенток «порочных кругов». Так A. Melicien и D. Tettambel [22] отмечают, что женщины с хронической болью в области таза часто имеют в анамнезе психологические проблемы, сексуальное насилие, семейные проблемы, развод и насилие в семье. Сексуальная дисфункция у них может быть вызвана наличием хронической боли и/или побочным действием лекарств, применяемых для ее лечения. Например, снижение либидо при приеме трициклических антидепрессантов, антипсихотиков, барбитуратов, нарушение lubricации при приеме антигистаминных препаратов, антихолинергических, гипотензивных препаратов, бензодиазепинов. Сама боль может снижать сексуальную предприимчивость. В связи с этим, со временем женщина начинает

чувствовать потерю привлекательности для своего партнера и снижение самооценки.

Для разграничения психогенной и органической алгии ученые предлагают массу критериев оценки. Так, например, косвенно о психогении говорят жалобы на качество сна. Как правило, ноцицептивная боль усиливается ночью, в отличие от невропатической или психогенной боли, которая обычно «молчит» во время сна. Пациентки с психогенным компонентом боли, особенно если он связан с посттравматическим стрессовым расстройством, говорят о низком качестве сна, называют его легким, нарушенным, с частыми и ранними пробуждениями, не регенерирующим. Они просыпаются «более уставшими, чем были вечером накануне».

Способность владеть ситуацией (копинг стратегия /стратегия совладания) является еще одним признаком для дифференциальной диагностики. F. Mombelli [24] отмечает, что пациенты с выраженным психогенным компонентом боли, как правило, имеют низкую адаптивность. Они не могут справиться с жизненными трудностями, чувствуют себя «перегруженными» даже незначительными событиями. Такой способ преодоления, как катастрофизация (боли), является наиболее опасным с точки зрения разрешения болевого синдрома. Например, пациентка, катастрофизирующая боль, даже при явном уменьшении болевой симптоматики указывает в отчетах о состоянии «ужасно, как обычно», на довод врача, что дневник, который она ведет для оценки состояния, показывает обратное, пациентка отвечает: «Да, но если мне станет хуже снова?». Такой ответ свидетельствует о том, что ее жизнь строится вокруг различных негативных и болезненных переживаний и/или что она не уверена в разрешении своей проблемы, а также от условной приятности симптоматики, дающей множество вторичных преимуществ и выгод.

Эффект ноцебо («я поврежу») – еще один показатель психогенной природы алгии. Нейробиологически эффект ноцебо основан на тех же принципах действия, как и эффект плацебо. Если реализации «эффекта плацебо» способствуют серотонинергические, дофаминергические и опиатергические пути, то реализации эффекта «ноцебо» запускает активацию холецистокинина, который, в свою очередь, облегчает передачу боли. «Ноцебо»-эффект может запускаться негативными устными высказываниями (врача), вызывающими беспокойство по поводу надвигающегося усиления боли (это словесно-индуцированное беспокойство). Было обнаружено, что антагонисты холецистокинина блокируют эту вызванную тревогой гипералгезию, таким образом открывая возможность новых терапевтических стратегий. F. Benedetti и соавт. [9] относят к ятрогениям (ноцебо) у пациенток длительной диспареунией и вестибулитом физическое насилие. Они сообщают, что пациентки рассматривали как «травматические и оскорбительные» инвазивные диагностические или

терапевтические маневры в области половых органов, выполняемые врачами/медсестрами в детском или раннем подростковом возрасте, произведенные без должной подготовки или соответствующей анальгезии. Такие процедуры, как взятие уретрального мазка, цистоскопия, вагинальные мазки, вагинальный осмотр, наложение швов на незначительные повреждения половых органов после травм, полученных во время игры и пр., воспринимаются пациентками как травмирующие, насильственные и вызывают страх и усиление упреждающей тревоги при приближении «белого халата». Несомненно, в отечественных условиях можно провести аналогии с гинекологическим осмотром при ежегодной диспансеризации школьников и манипуляциями при урологических/гинекологических заболеваниях у детей/подростков. Работа детских урологов, гинекологов при необходимости в тандеме с психиатром, психотерапевтом является залогом профилактики ятрогенного воздействия на конституционально тревожных пациенток. О важности установления с врачом эмпатического контакта, доверительных отношений этой категории пациентов пишут J.S.McDonald, B.J.Field, R.A.Swarm [17, 21]. Авторы отмечают, что при ХТБ пациенту важно почувствовать, что врач верит его словам и «позаботится» о решении его проблемы, выступив в роли самого мощно действующего плацебо.

Еще одним диагностическим критерием для психогенной боли в рамках ХТБ является сам характер боли. Для синдрома характерно, как уже отмечалось выше, изменение(снижение) порога восприятия, когда болевое ощущение возникает под воздействием «не повреждающих» стимулов. У пациенток могут присутствовать гипералгезия (возникновение боли при воздействии мягких пороговых раздражителей), аллодиния (боль при воздействии физиологических стимулов, в норме не обладающих раздражающим действием) или спонтанные болевые спазмы [21]. Приводятся интересные данные по коморбидности хронической тазовой боли и наличию мигрени. По данным исследования Национального института здоровья США, хроническая тазовая боль встречается у 15–24% женщин репродуктивного возраста, а мигрень – примерно у 20%, не менее чем у 67% женщин с хронической тазовой болью отмечается мигрень. Одно из возможных объяснений этого являются особенности обмена простагландинов или серотонина и регуляции тонуса гладкомышечных клеток и особенности восприятия боли у таких пациенток. Большинство пациенток с ХТБ имеют сексуальные расстройства. И.Ю.Щеглова [5] отмечает, что у 68% пациенток с СХТБ отмечались разнообразные сексуальные расстройства, включавшие коиталгии (44%), снижение генитальной реакции (52%), гиполибидемию (38%). В 35% случаев сексуальные нарушения у пациенток с ХТБ предшествовали развитию тазовых болей. У 62% женщин с ХТБ ведущую роль в развитии сексуальной патологии играли нарушения психосек-

суального развития и текущие психические травмы семейного характера. У остальных формирование сексуальных дисфункций происходило при участии гинекологической патологии или имелось сочетание гинекологической патологии и нарушения психической составляющей копулятивного акта. Автор отмечает существенную роль в развитии тазовых болей следующих сексуальных нарушений в преморбиде: снижения генитальной реакции (72%), гиполибидемия и алибидемия (67%), снижение количества актов с оргазмами, коиталгии. По данным С.Dix [15], сексуальные расстройства имеют место у 48% пациенток с хронической тазовой болью, в то время как в общей популяции они отмечаются лишь в 6,5% случаев.

А.И.Федорова [4] указывает на высокий процент пациенток с нарушениями психосексуального развития при конверсионной (преобладанием кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения) и психосоматических формах диспареуний (преобладание асинхроний полового и психосексуального развития). Автор описывает различия в болевой симптоматике при диспареунии таким образом: если у пациенток с психогенными формами расстройства (конверсионной, психосоматической, психогенной) боли носят диффузный характер, характерны также зуд, жжение и яркие, образные, эмоционально окрашенные жалобы, то при органическом болевом расстройстве они более локализованы (ощущение натертости в области интроитуса, разлитые боли в области матки). Чаще встречаются резкие и кратковременные боли, алгии не носят выраженной эмоциональной окраски. По нашим данным [1] диспареуния наблюдается у пациенток с шизотипическим, ипохондрическим, соматизированным и депрессивным расстройствами.

Терапия

В последние годы в лечении больных с ХТБ стали применять психотропные препараты даже гинекологи и урологи. Широко применяются трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, которые помимо устранения депрессивной симптоматики эффективно поддерживают функцию антиноцицептивной системы. Транквилизаторы из группы бензодиазепинов назначают пациенткам с тревожным и соматизированным расстройствами [5]. Противосудорожный препарат габапентин используется для воздействия на нейропатический механизм при ХТБ в сочетании с адrenomиметиком (норэпинефрином) [25]. Как альтернатива габапентину в сочетании с амитриптилином, применяют нортриптилин и прегабалин, венлафаксин и дулоксетин [29].

Важной составляющей в комплексного лечения ХТБ является психотерапия. Наиболее часто применяется когнитивно-поведенческая, групповая, различные техники релаксации и медитации, самогипноз и техники биологической обратной связи [16].

В поле зрения сексологов пациентки с ХТБ, сопровождающейся сексуальными расстройствами, попадают все чаще, однако, к сожалению, не на стадии первичного обращения и обследования, а после длительного, и, как показывает практика, мало результативного лечения, несмотря на единодушное мнение, о том, что проблема ХТБ является комплексной и ее решение возможно только при междисциплинарном подходе.

В лечении пациенток с диспареунией в сочетании с ХТБ мы придерживаемся комплексного подхода [26]. Применяется психофармакотерапия в зависимости от синдромологической структуры психического расстройства (антидепрессанты, нейролептики, нормотимики, транквилизаторы) и психотерапия. Из психотерапевтических методов использовались рациональная, суггестивная, парная психотерапия, когнитивно-поведенческая и секстерапия с целью уменьшения масштабов переживания, создания оптимистичной перспективы разрешения проблемы, налаживания сексуальной жизни и гармонизации партнерских отношений.

Заключение

Актуальность данного научного обзора обусловлена широкой распространенностью, малоизученностью и труднокурабельностью сексуальных и психических дисфункций при ХТБ у женщин. Анализ литературных источников и наш собственный опыт работы с пациентками с СХТБ показали довольно частую встречаемость у этих больных сексуальных расстройств (до 70%), преимущественно в виде диспареунии (до 50%). Большинство исследований, в том числе и наши, свидетельствуют о тесной взаимосвязи ХТБ с психической патологией непсихотического уровня – депрессивными, соматоформными, ипохондрическими и шизотипическими расстройствами. Многофакторный генез и полиморфная клиническая картина СХТБ делают необходимым междисциплинарный и комплексный подход к диагностике и терапии, что и позволит повысить эффективность и сократить длительность лечения, уменьшить расходы и период нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айриянц И.Р., Ягубов М.И. Клинико-психопатологические особенности и терапия диспареунии у женщин // Лечащий врач. 2015. № 10. С. 30–35.
2. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ). [Электронный ресурс] // <https://www.neurourologist.com/shtb>, обращение 15.01.19
3. Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства. [Электронный ресурс] // <http://www.koob.ru>
4. Федорова А.И. Диспареуния: патогенез, диагностика, лечение: Дисс. канд. мед. наук. СПб., 2007. 166 с.
5. Щеглова И.Ю. Пограничные психические расстройства у пациенток с хронической тазовой болью [Электронный ресурс] // Медицинские Диссертации СПб. 2005 г. <http://medical-diss.com/medicina/pogranichnye-psihicheskie-rasstroystva-u-patsientok-s-hronicheskoy-tazovoy-bolyu#ixzz5cHZNKgw>.
6. Barbieri R.L., Brubaker L. Patient education: Chronic pelvic pain in women. [Электронный ресурс] // <https://www.uptodate.com/.../chronic-pelvic-pain-in-women>.
7. Beard R.W., Belsey E.N., Lieberman M.V., Wilkinson J.C.M. Pelvic pain in women // Am. J. Obstet. Gynecol. 1977. Vol. 128. P. 566–570.
8. Beard R.W., Highman J.H., Pearce S. et al. Diagnosis of pelvic pain in women with chronic pelvic pain // Lancet. 1984. Vol. 11. P. 946.
9. Benedetti F., Lanotte M., Lopiano L., Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the placebo effect // Neuroscience. 2007. Vol. 147 N 2. P. 260–271.
10. Benjamin S. Psychological treatment of chronic pain: a selective review // J. Psychosom. Res. 1989. Vol. 33. N 2. P. 121–131.
11. Bonnema R., McNamara M., Harsh J., Hopkins E. Primary care management of chronic pelvic pain in women // Cleveland Clinic J. Med. 2018. Vol. 85. N 3. P. 215–223.
12. Britt H.I., Bridges-Webb C., Sayer G.P., Neary S., Traynor V., Charles J. The diagnostic difficulties of abdominal pain // Aust. Fam. Physician. 1994. Vol. 23. N 3. P. 375–377.
13. Ciccone D.C., Grzesiak R.C. Cognitive dimensions of chronic pain // Soc. Sci. Med. 1984. Vol. 19. N 12. P. 1339–1345.
14. Daniels J.P., Khan K.S. Chronic pelvic pain in women. BMJ 2010; [Электронный ресурс] // (Published 05 October 2010) Cite this as: BMJ 2010;341:c4834.
15. Dix C. Acute and chronic pelvic pain. OB/GYN Secrets / H.L. Frederickson, L. Wilkins-Haug (Eds.). Philadelphia: Hanley & Belfus, 1997. P. 67–71.
16. Echenberg R.J. How many women have pelvic pain? [Электронный ресурс] // <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/pelvicpain/conditioninfo/howmany>.
17. Field B.J., Swarm R.A. Chronic Pain. Hogrefe Publishing, P. 112
18. Gambone J.C., Lench J.B., Slesinski M.J., Reiter R.C., Moore J.G. Validation of hysterectomy indications and the quality assurance process // Obstet. Gynecol. 1989. Vol. 73. N 6. P. 1045–1049.
19. Graziottin A. Iatrogenic and post-traumatic female sexual disorders // Int. Soc. Sex. Med. Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006. P. 351–361.
20. Loizeau E. Clinical problem: painful abdomen // Rev. Med. Suisse Romande. 1995. Vol. 115, N 4. P. 303–305.
21. Mc.Donald J.S. Pelvic and abdominal pain / M.A. Ashburn, L.J. Rice (Eds.). The management of pain. NY, Churchill Livingstone, 1998. Vol. 24. P. 383–400.
22. Melicien A., Tettambel D. Using Integrative Therapies to Treat Women With Chronic Pelvic Pain // J. Am. Osteopathic Assoc. 2007, Vol. 107, N 17, P. 17–20.
23. Meltzer-Brody S., Leserman J. Psychiatric Comorbidity in Women with Chronic Pelvic Pain. [Электронный ресурс] // CNS Spectr. 2011. pii: Meltzer-Brody. [Epub ahead of print www.pubmed.com]
24. Mombelli F. Dolore psicogeno. Panerai A.E., Tiengo M.A. (Eds). Le basi farmacologiche della terapia del dolore. // Milano, Edi-Ermes, 2003, Vol. 5 pp.: 527-536.
25. National Vulvodynia Association. Vulvodynia: A common and under-recognized pain disorder in women and female adolescents – Integrating current knowledge into clinical practice. [Электронный ресурс] // <https://cme.dannemiller.com/articles/activity?id=570&f=116.05.2016>.
26. Omoigui S. The biochemical origin of pain--proposing a new law of pain: the origin of all pain is inflammation and the inflammatory response. Part 1 of 3 – a unifying law of pain // Med. Hypotheses. 2007; Vol. 69 N1, P. 70–82.
27. Perry C.P. Clinical Anatomy of Pelvic Pain in Women: A Gynecological Perspective: Anatomy of Pelvic Pain in Women // Clin. Anatomy. 2018. Vol. 32. N 1. P. 41–52.
28. Perry C.P. Current Concepts of Pelvic Congestion and Chronic Pelvic Pain Article // J. Soc. Laparoendoscopic Surgeons. 2017. Vol. 5. N 2. P. 105–110.
29. Perry C.P. Peripheral neuropathies causing chronic pelvic pain // J. Minimal. Invas. Gynecol. 2000. Vol. 7, N 2. P. 281–287
30. Singh M.K., Rivlin M.E. Chronic Pelvic Pain in Women. [Электронный ресурс] // Drugs Diseases>Obstetrics Gynecology. 2018 <https://reference.medscape.com>.
31. Speer L.M., Mushkbar S., Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women // Ohio Am. Fam. Physician. 2016. Vol. 93. N 5. P. 3380–3387.
32. Taylor H.C. Vascular congestion and hyperemia, their effect on structure and function in the female reproductive organs // Am. J. Obstet. Gynecol. 1949. Vol. 57. P. 637–653.
33. Trutnovsky G., Plieseis C., Bjelic-Radisic V., Bertholiny Galvez M., Tamussino K., Ulrich D. Vulvodynia and chronic pelvic pain in a gynecologic outpatient clinic // J. Psychosom. Obst. Gynecology. 2018. P. 1–5. [Электронный ресурс] // [Epub ahead of print] Vol. Pages 1–5.

ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ В СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.Р. Айриянц, М.И. Ягубов

В научном обзоре обобщены современные взгляды на этиологию, патогенез, особенности клиники и методы терапии синдрома хронической тазовой боли (СХТБ), которая чаще встречается у женщин и в большинстве случаев сопровождается психическими и сексуальными расстройствами. Многими авторами психическим расстройствам отводится ведущая роль в генезе СХТБ, что и должно определять тактику

терапевтических мероприятий. Было изучено более 75 источников, из которых в обзор включено 31 публикации.

Ключевые слова: тазовая боль, психические расстройства, сексуальная дисфункция, диспарейния, распространенность, клинические особенности, терапия.

CHRONIC PELVIC PAIN IN SEXOLOGICAL PRACTICE

I.R. Ayriyants, M.I. Yagubov

The scientific review summarizes the current views on the etiology, pathogenesis, clinical features and methods of treatment of chronic pelvic pain syndrome, which is more common in women and in most cases accompanied by mental and sexual disorders. Many authors stress that mental disorders play a leading role in the genesis of CPP, which should

determine the tactics of therapeutic measures. More than 75 sources were studied, of which 31 were included in the review.

Key words: pelvic pain, mental disorders, sexual dysfunction, dyspareunia, prevalence, clinical features, therapy.

Айриянц Ирина Рудольфовна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail.: nira69@mail.ru

Ягубов Михаил Ибрагимович – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail.: yagubov@mail.ru

Журнал зарегистрирован в Государственном Комитете СССР по печати.
Свидетельство № 1582 от 25 февраля 1991 г.

Сдано в набор 10.07.2020. Подписано в печать 10.08.2020. Формат 60х90/8. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 15. Усл. печ. л. 15. Тираж 3000 экз. Заказ .

Издательский Дом «МЕДПРАКТИКА-М»
11141, Москва, 3-й проезд Перова поля, д. 8, стр. 11
Тел. (985)413-23- 38, E-mail: id@medpractika.ru, <http://www.medpractika.ru>

Отпечатано в типографии «ТДДС-Столица-8»
111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, дом 11А, корп. 1
Тел.: (495) 363-48- 84
<http://www.capitalpress.ru>

© «Социальная и клиническая психиатрия»