

торов, которые, следует расценивать как отягчающие течение заболевания и способствующие развитию болевой симптоматики. Так, обращает на себя внимание высокая частота сальпингооофорита (78,7%), миом матки (40,6%), генитального эндометриоза (15,3%), пролапса гениталий (27,7%). Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (65,5%), опорно-двигательного аппарата (56,4%), вегето-сосудистая дистония (42,7%) и варикозная болезнь нижних конечностей (33,3%). Сочетание двух и более гинекологических заболеваний отмечено у 52,7% случаев.

Медико-психологическое обследование показало, что 87,3% женщин предъявляли жалобы на эмоциональные расстройства (подавленность, пониженное настроение, плаксивость, раздражительность и т.п.). Повышенный нейротизм наблюдался в 59,3% случаев, личностная и реактивная тревожность – в 85,7%. Имели место специфические акцентуации или сочетания некоторых черт характера. Возможно, что у пациенток имеется конституциональная предрасположенность к развитию психических или эмоциональных расстройств и формированию низкой толерантности к боли, яркого болевого поведения. Анализ особенностей эмоциональных нарушений наблюдаемых первой группы показал, что практически во всех случаях наблюдались расстройства смешанного тревожно-депрессивного характера. Частота вегетативных нарушений (общее недомогание, метеозависимость, головокружения, нарушения сна, повышенная потливость) наблюдалась в 57,4% случаях. У всех пациенток тазовые боли носили хронический характер. Средняя интенсивность болей (БИС7,0±1,1) балла отмечена у 57,1% женщин, у 17,6 % – боли носили выраженный характер (БИ – 88,0±10,0 баллов); 25,0 % женщин имели БИ равный 29,4±5,2 балла. Умеренные нарушения мочеиспускания отмечены у 60,7% женщин (ИД– 59,1±12,7балла); незначительные нарушения мочеиспускания – у 21,4% (ИД – 38,0±1,5 балла), остальные женщины имели выраженные расстройства мочеиспускания, ИД при этом составил 105,7±13,1 балла.

Проведенное исследование подтвердило значительное влияние боли на важнейшие категории качества жизни. Диапазон оценок качества жизни у пациенток с тазовыми болями варьировал от 12,4±1,8 до 34,3±1,6 балла. Тяжелые нарушения качества жизни отмечены у 20% женщин. Максимальной оценке соответствовали признаки декомпенсации исследуемых категорий качества жизни: кардинальная смена трудовой деятельности или ее режима либо полный отказ от работы; отказ от физических нагрузок; ограничение социального общения; формирование позиции «тяжелобольного члена семьи»; значительное ограничение половых контактов или отказ от них; тревожно-депрессивные расстройства; хроническая бессонница.

Заключение. Болевой синдром у пациенток с сочетанными заболеваниями тазовых органов является серьезной социальной проблемой, так как приводят к значительным нарушениям качества жизни. Неадекватное или несвоевременное лечение пациенток с сочетанными процессами малого таза приводит к формированию болевого синдрома, развитию выраженных психо-эмоциональных расстройств, декомпенсацией качества жизни, резистентностью к проводимой терапии. Факторами риска развития неблагоприятного течения болевого синдрома являются психические и эмоциональные расстройства депрессивно-тревожного характера, что обуславливает необходимость индивидуального подхода к лечению.

Гиперактивный мочевой пузырь у пациентов с переломами таза

Мусохранов В.В., Пивоваров Е.А., Устюжанин С.А.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрова,
МУЗ «Городская клиническая больница №1» им. А.Н. Кабанова. г. Омск.