

УДК: 618.718.19:616.89-055.2

КОРЕКЦІЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ
СТАНІВ У ЖІНОК З СИНДРОМОМ
ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

О.А. Ночвіна

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова
(м. Вінниця, Україна)**Резюме.**

Мета дослідження. Дослідження ефективності корекції психологічного стану жінок з синдромом хронічного тазового болю в залежності від психоневрологічної симптоматики з використанням препаратів тетраметалтетраазабициклооктандиону та дулоксетину.

Матеріали та методи. Проведено вивчення психологічного статусу у пацієнток основної групи та жінок групи контролю з дослідженням ефективності індивідуальної корекції психоневрологічної симптоматики при синдромі хронічного тазового болю.

Результати дослідження. Психологічний статус жінок з синдромом хронічного тазового болю характеризується невротичною симптоматикою у вигляді дифузної тривоги, соматизації тривоги та депресії зі збільшенням рівня основних катехоламінів, що свідчить про постійну активацію системи стрес-реакції та відображає наявність дезінтеграції адаптаційних процесів.

Висновки. Доведена ефективність запропонованих препаратів тетраметалтетраазабициклооктандиону та дулоксетину в рамках корекції психоневрологічної симптоматики у жінок з синдромом хронічного тазового болю шляхом дослідження концентрації катехоламінів, серотоніну та тестами визначення рівня реактивної, особистісної тривожності та депресивного стану.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю; психоневрологічна симптоматика; особистісна, реактивна тривожність; депресія; тетраметалтетраазабициклооктандион; дулоксетин.

Вступ

Виходячі із загальнотеоретичних уявлень, больові відчуття можна розглядати як закономірну та досить адекватну системну реакцію організму на конкретний патологічний процес [1]. Хронічний біль – це біль, який перестав залежати від основного захворювання або пошкоджуючого фактору та розвивається по своїм законам [4]. Хронічний тазовий біль з одного боку може бути симптомом якого-небудь гінекологічного, соматичного та психічного захворювання, а з іншого – мати досить самостійне та навіть нозологічне значення, будучи важливішою складовою своєрідного симптомокомплексу «біль-захворювання», відомого в світовій літературі як синдром хронічного тазового болю [6,7]. Потоки больових імпульсів, постійно та періодично протягом тривалого часу поступаючи до кори головного мозку, призводять до порушення нормальної взаємодії між корою та підкоркою та розвитку невротичних станів [2,3].

На сьогоднішній день існує небагато досліджень комплексу психофізіологічних характеристик особистості та визначення психоневрологічних станів у жінок в рамках вивчення синдрому хронічного тазового болю [5]. Проводячи аналіз наукових праць, присвячених визначенню психодинамічних співвідносин при вказаній патології, загально визнано, що такі індивідуально – типологічні особливості жінки, як тривожність, функціональний стан нервової системи, екстраверсія – інтроверсія, імпульсивність, емоційність, пов'язані з властивостями особистості, можуть бути одним з факторів, які визначають специфіку, силу емоційного переживання та впливають на ефективність лікування [8].

Мета дослідження

Проблема виявлення психофізіологічних особливостей у жінок з синдромом хронічного тазового болю та корекція невротичних станів в

комплексі лікування больових відчуттів в нижніх відділах живота є маловивченою, про що свідчать рідкі публікації, тому саме дослідження психологічного статусу та індивідуальний терапевтичний вплив на психоневрологічні прояви у жінок з даним патологічним станом стало метою нашого дослідження.

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої мети було проспективно обстежено 350 жінок репродуктивного (18 – 45 років) віку з хронічним больовим синдромом в нижніх відділах живота: наявність болю в ділянці нижче пупка, вище та медіальніше пахових зв'язок, за лоном та попереково-крижовій ділянці, що турбувало пацієнток протягом 6 місяців. З дослідження були виключені пацієнтки з екстрагенітальною патологією (захворювання сечового міхура, прямої кишки, опорно-рухового апарату), варикозним розширенням вен малого тазу, міомами матки розмірами більше 8 тижнів вагітності, кістомами яєчників, ендометріозом, сактосальпінксами, запальними захворюваннями органів малого тазу. Контрольна група була виділена шляхом випадкової вибірки з виключенням жінок з дисгормональними порушеннями, органічною та запальною патологією репродуктивної системи та складалась зі 100 жінок репродуктивного віку.

Визначення психологічного стану жінок до та після проведеного лікування досліджували шляхом скринінгового обстеження рівня тривожності за методикою Ч.Д. Спілберга та Ю.Л. Ханіна. Цей тест є надійним та інформативним способом самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистої тривожності (як стійкої характеристики людини).

Визначення рівня депресії проводили за методикою диференційної діагностики депресивних станів за шкалою Зунге в адаптації Т.І. Балашової. Тест розроблено для диференційної діагностики депресивних станів та станів, що близько

до депресії. Для моніторингу змін у відповідь на терапію використовували шкалу оцінки важкості депресії Мантгомері-Айсберга, яка сконцентрована на психологічних симптомах депресії (печаль, внутрішня напруга, втома, песимістичні думки, суїцидальні ідеї). Шкала включає 10 пунктів, 9 з яких передбачає відповіді пацієнтки, та 1 пункт (печаль, що спостерігається) – потребує самостійної оцінки від лікаря. Кожен пункт оцінюється від 0 до 6 балів.

Діагностика невротичних станів проводилася за опитувальником Лондонської лікарні Мідлсекс (МНҚ), який є найбільш ефективним в обстеженні пацієнтів з соматичною та особливо психосоматичною патологією, так як дозволяє визначити не тільки особливості особистості але і специфічність психічного стану. Складається з 48 запитань, які поділені на 6 шкал, де кожне питання оцінюється від 0 до 2 балів.

Одним з етапів аналізу психологічного статусу жінок досліджуваних груп стало вивчення вмісту основних катехоламінів, які виконують роль нейромедіаторів центральної нервової системи,

формують стресові та адаптаційні реакції та є маркерами стану хронічного стресу. Для визначення вмісту адреналіну, норадреналіну та серотоніну сироватки крові використовували набори реагентів фірми IBL (Німеччина). Процедура аналізу базується на принципах конкурентного імуоферментного аналізу (конкурентної ELISA). Використані загальноприйняті методи варіаційної статистики при вірогідній відмінності показників $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Так, помірний рівень реактивної тривожності спостерігався у переважній більшості жінок основної групи – 193 (55,1%), високий рівень мав місце у 115 (32,8%) та низький – у 42 (12,1%). Високу особистісну тривожність діагностовано у 223 (63,7%) жінок з хронічним тазовим боєм, помірну – у 94 (26,9%) та низьку – у 33 (9,4%). У більшості жінок контрольної групи переважали низькі показники як реактивної, так і особистісної тривожності – 54% та 79% відповідно (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл жінок груп дослідження за рівнем тривоги, абс. ч/%

Показник	Основна група (n=350)		Контрольна група (n=100)	
	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низька	42/12,1*	33/9,4*	54/54,0	79/70,0
Помірна	193/55,1*	94/26,9*	38/38,0	15/15,0
Висока	115/32,8*	223/63,7*	8/8,0	6/6,0

Примітка: * - основна група/контрольна група ($p < 0,05$)

Щодо сили тривожності згідно бальної оцінки, то у жінок з хронічним тазовим боєм рівень реактивної тривожності відповідав помірним показникам та складав $41,2 \pm 6,4$ бали, рівень особистісної тривожності складав $58,6 \pm 4,3$ бали, що відповідало високим показникам. У контрольній групі жінок рівень як реактивної, так і особистісної тривожності був низький та склав $28,7 \pm 3,6$ бали та $17,4 \pm 5,8$ бали відповідно.

Отже, помірні показники реактивної тривожності характеризують напругу, неспокій, нервозність жінок з хронічним тазовим боєм, а їх висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та психосоматичними розладами.

Для диференційної оцінки депресивних станів

та станів, що близькі до депресії у жінок досліджуваних груп ми використовували шкалу Зунге в адаптації Т.І. Балашової, згідно якої у 93 (26,6%) пацієнток основної групи мала місце легка депресія ситуативного або невротичного генезу, у 32 (9,1%) – субдепресивний стан або маскована депресія. Слід відмітити, що різні форми депресії спостерігалися переважно у жінок з хронічним тазовим боєм, які мали структурні зміни з боку геніталій (міома матки, кісти яєчників). У 225 (64,3%) жінок основної групи спостерігався стан без депресії. В групі контролю 95% жінок не мали ознак депресивного стану. Середня кількість балів рівня депресії у жінок з хронічним тазовим боєм становила $46,7 \pm 6,8$, в той час як у здорових жінок – $29,2 \pm 4,7$, що було статистично вірогідно меншим (табл. 2).

Таблиця 1

Розподіл жінок досліджуваних груп за рівнем депресії, абс.ч/%

Рівень депресії	Основна група (n=350)	Контрольна група (n=100)
Стан без депресії (<50 балів)	225/64,3*	95/95,0
Легка депресія ситуативного або невротичного генезу (50-59 балів)	93/26,6*	5/5,0
Субдепресивний стан або маскована депресія (60- 9 балів)	32/9,1	-
Справжній депресивний стан (> 70 балів)	-	-

Примітка: * - основна група/контрольна група ($p < 0,05$)

Підсумовуючи результати визначення індивідуально-типологічних особливостей за допомогою опитувальника Лондонської лікарні Мідлсекс (МНҚ) ми провели оцінку специфічності психологічного стану жінок досліджуваних груп за структурою та силою невротичної симптоматики.

Так, 156 (44,6%) жінок з хронічним тазовим

болем мали дифузну тривогу, в той час як у жінок контрольної групи лише 15% відмічали наявність даної невротичної симптоматики. 114 (32,6%) пацієнток основної групи мали різноманітні фобії, 185 (52,8%) – нав'язливі стани, соматизація тривоги мала місце у 94 (26,8%) жінок, депресію відмічали 92 (26,3%) пацієнток та істерія спостерігалася у 53 (15,1%) (табл. 3).

Таблиця 3

Структура невротичної симптоматики у жінок досліджуваних груп за шкалою МНҚ, абс.ч/%

Показник	Основна група (n=350)	Контрольна група (n=100)
Дифузна тривога	156/44,5*	15/15,0
Фобії	114/32,6*	6/6,0
Обесії (нав'язливі стани)	185/52,8*	4/4,0
Соматизація тривоги	94/26,8*	-
Депресія	92/26,3*	5/5,0
Істерія	53/15,1	13/13,0

Примітка: * - основна група/контрольна група ($p < 0,05$)

При вивченні вмісту адреналіну в сироватці крові у жінок основної групи спостерігалася значне статистично вірогідне збільшення концентрації останнього, а саме $0,837 \pm 0,246$ нг/мл, що було статистично вірогідно більше ніж у жінок контрольної групи - $0,189 \pm 0,098$ нг/мл. За вміс-

том норадреналіну в сироватці крові досліджувані жінки теж демонстрували значну відмінність. Так, в групі жінок з хронічним тазовим болям рівень норадреналіну складав $10,35 \pm 2,56$ нг/мл, в той час як у здорових жінок - $5,12 \pm 0,79$ нг/мл (табл.4).

Таблиця 4

Вміст адреналіну та норадреналіну в сироватці крові у жінок досліджуваних груп

Групи жінок	Біологічно активні речовини	
	Адреналін нг/мл	Норадреналін нг/мл
Основна група (n=350)	$0,837 \pm 0,246^*$	$10,35 \pm 2,56^*$
Контрольна група (n=100)	$0,189 \pm 0,098$	$5,12 \pm 0,79$

Примітка: * - основна група/контрольна група ($p < 0,05$)

Щодо вмісту серотоніну, то в групі жінок з хронічним тазовим болям спостерігалася певна закономірність. Так, в основній групі жінок без структурних змін геніталій, які в подальшому дослідженні склали I підгрупу основної групи, мало місце статистично вірогідне збільшення середніх значень рівня серотоніну, концентрація якого у пацієнток вказаної підгрупи склала $175,3 \pm 16,4$ нг/мл. У жі-

нок з хронічним тазовим болям, які мали певні морфологічні зміни з боку внутрішніх статевих органів та склали в подальшому II підгрупу основної групи, спостерігалася тенденція до статистично вірогідного зменшення рівня серотоніну в сироватці крові відносно пацієнток I підгрупи основної групи - $98,5 \pm 3,1$ нг/мл. У здорових жінок контрольної групи вміст серотоніну склав $89,2 \pm 5,9$ нг/мл (табл. 5).

Таблиця 5

Вміст серотоніну в сироватці крові у жінок груп дослідження

Показник	Основна група		Контрольна група (n=100)
	I підгрупа (n=223)	II підгрупа (n=127)	
Серотонін, нг/мл	$175,3 \pm 16,4^*$	$98,5 \pm 3,1^a$	$89,2 \pm 5,9$

Примітка: * - I підгрупа основної групи/контрольна група ($p < 0,05$)

^a - II підгрупа основної групи/контрольна група ($p < 0,05$)

Отже, при дослідженні рівня основних катехоламінів, а саме адреналіну, норадреналіну та серотоніну встановлено, що у жінок з хронічним тазовим болям має місце статистично вірогідне збільшення цих показників, що свідчить про постійну активацію системи стрес-реакції та відображає наявність дезінтеграції адаптаційних процесів.

В рамках корекції психоневрологічних станів

в нашому дослідженні для зниження активації системи стрес-реакції та регуляції інтеграційних адаптаційних процесів у жінок з синдромом хронічного тазового болям та проявами невротичної симптоматики у вигляді дифузної і соматизованої тривоги, обесії та фобій застосовували препарат тетраметалтетразабициклооктандіон, який належить до групи транквілізаторів, має антиокси-

дантну активність, тому діє як мембраностабілізатор, адаптоген та церебропротектор при стресі різного генезу. Присутній дофамінопозитивний компонент і особливості агоніста-антагоніста адренергічної системи у даного препарату оказує помірну транквілізуючу (анксіолітичну) активність, знімає або послаблює неспокій, тривогу, страх, внутрішнє емоційне напруження і дратівливість, що не супроводжується міорелаксацією, порушенням координації рухів, снодійним ефектом. Для захисту нервової тканини від різноманітних стресових впливів, які призводять до дисфункції гіпоталамо-гіпофізарної системи препарат призначався по 500 мг 3 рази на добу перший місяць, потім 2 рази на добу наступні 2 місяці.

При наявності у жінок з синдромом хронічного тазового болю психопатологічних та психовегетативних порушень у вигляді маскованої атипової депресії з метою корекції психологічного стану застосовували препарат дулоксетин. Дулоксетин є антидепресантом, селективним інгібітором зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну, слабо пригнічує захват дофаміну, при цьому не має значного споріднення до гістамінергічних, дофамінергічних, холінергічних та адренергічних рецепторів. Механізм дії препарату в корекції депресивних розладів полягає в пригніченні зворотнього захвату серотоніну та норепінефрину, в

результаті чого підвищується серотонінергічна та норадренергічна нейротрансмісія в ЦНС. Крім цього, дулоксетин має центральний механізм пригнічення больового синдрому, що в першу чергу проявляється підвищенням порогу больової чутливості при больовому синдромі з перевагою нейропатичного компоненту, що має місце при синдромі хронічного тазового болю. Препарат дулоксетин призначався по 60 мг на добу протягом 3-6 місяців з динамічним контролем психологічного стану та лабораторних показників.

Ефективність лікування оцінювалася на основі динаміки клінічних симптомів через 3 місяці після відміни всіх препаратів.

Так, низький рівень самооцінки тривожності (реактивна тривожність) через 3 місяці комплексної терапії демонстрували 201 (57,4%) жінки, помірний рівень мав місце у 106 (30,3%) жінок та високий – у 43 (12,3%). Через 6 місяців лікування низьку реактивну тривожність діагностовано у 264 (75,4%) пацієнток, середню – у 73 (20,8%) та високу – у 13 (3,85). Через 3 місяці після відміни лікування низька самооцінка тривожності на даний момент була у 324 (92,5%) пацієнток та помірну мала місце у 26 (7,5%) жінок, в жодному випадку не зареєстровано високу реактивну тривожність після отриманого комплексного лікування у жінок основної групи (рис. 1).

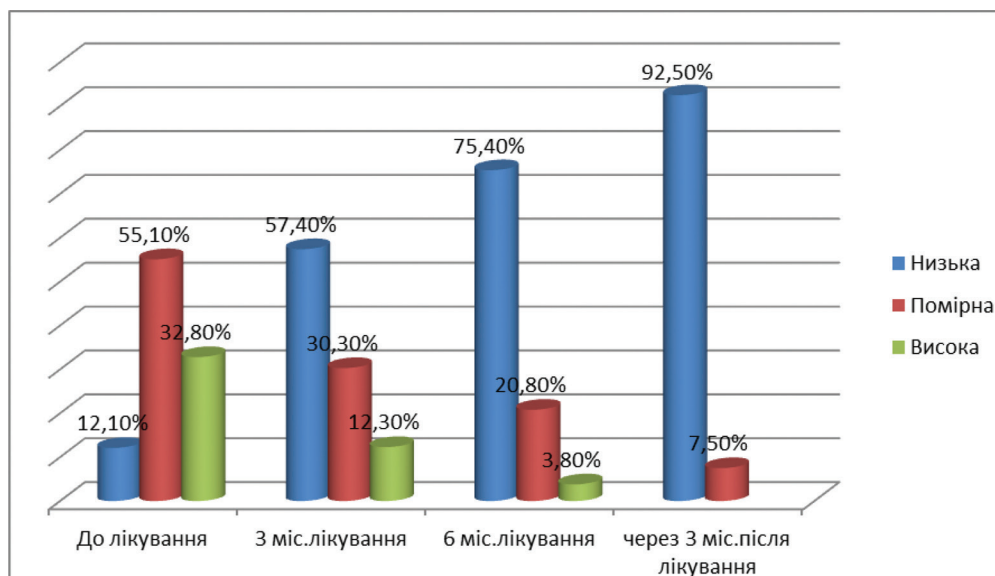


Рис. 1. Динаміка реактивної тривожності протягом призначеного лікування ($p < 0,05$)

Щодо особистісної тривожності, як стійкої характеристики людини, то низький її рівень після 3 місяців лікування встановлено у 100 (28,6%) жінок, помірний рівень – у 199 (56,8%) жінок та високий – у 51 (14,6%) пацієнток. Через 6 місяців комплексної терапії 215 (61,4%) жінок демонстрували низький рівень особистісної тривожності, 112 (32%) – помірний рівень та 23 (6,6%) – високий. Через 3 місяці після відміни лікування у 296 (84,6%) пацієнток мала місце низька особистісна тривожність, у 46 (13,1%) – помірна та у 8 (2,3%) – висока (рис. 2).

Для моніторингу змін у відповідь на призначену терапію у 92 жінок з синдромом хронічного тазового болю, у яких на етапі визначення невротичної симптоматики за шкалою МНҚ визначено наявність депресивного стану, використовували

ли шкалу оцінки важкості депресії Мантгомері-Айсберга, яка сконцентрована на психологічних симптомах депресії.

Отже, через 3 місяці призначеного лікування у 56 (60,8%) жінок були відсутні симптоми депресії, що не потребувало подальших спеціальних терапевтичних втручань, у 26 (28,2%) пацієнток симптоматика депресії відповідала легкій важкості та у 16 (11%) – спостерігалась помірна ступінь депресивного стану, що потребувало подальшого медикаментозного лікування та активного спостереження. Через 6 місяців комплексної терапії 73 (79,3%) жінок не мали клінічних проявів депресії, 15 (16,3%) – ще мали легку форму депресивного стану та у 4 (4,4%) відмічалася помірна ступінь депресії. Через 3 місяці після відміни лікування

у 89 (96,7%) жінок не спостерігалися симптоми депресії та лише 3 (3,3%) жінок мали легкий де-

пресивний стан, який коректувався психотерапевтичним втручанням (рис. 3).

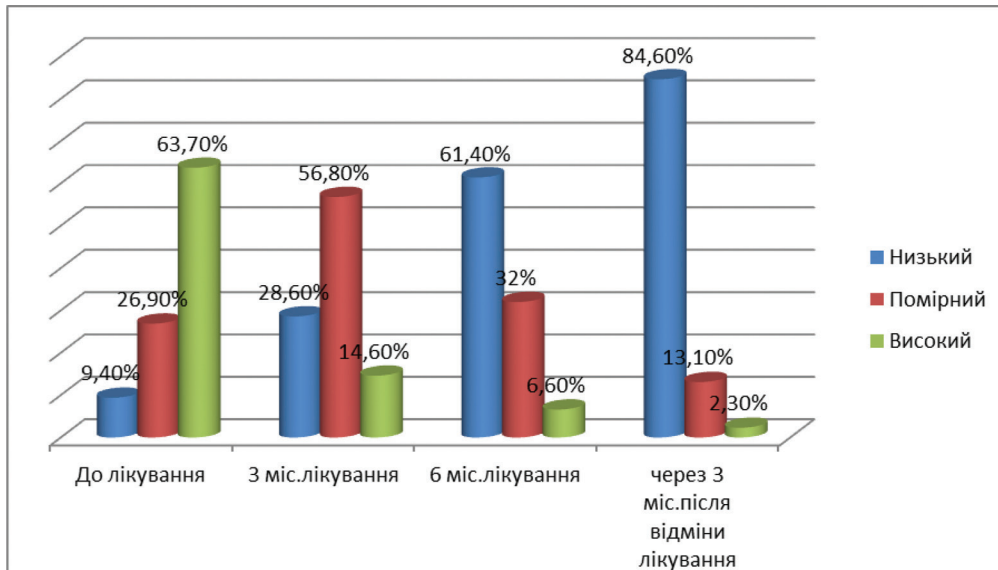


Рис.2. Динаміка особистісної тривожності протягом призначеного лікування (p<0,05)

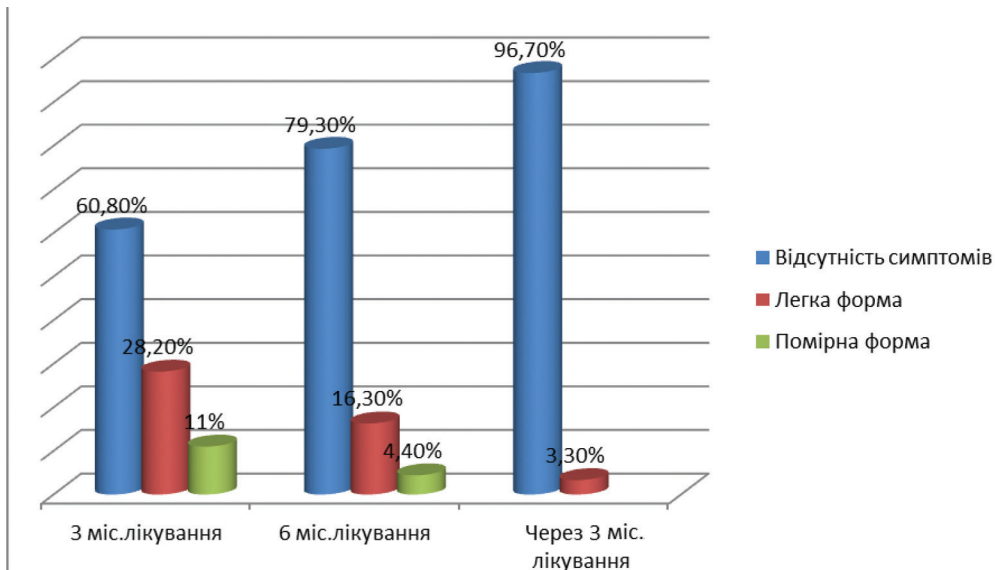


Рис.3. Динаміка клінічних симптомів депресії за шкалою Мантгомері - Айсберг протягом призначеного лікування (n=92)

Ефективність призначеної терапії в рамках визначення психологічного статусу жінок з синдромом хронічного тазового болю ми досліджували за допомогою рівня концентрації катехоламанів. Так, у переважній більшості жінок на початковому етапі нашої роботи було визначено підвищення концентрації адреналіну, норадреналіну та серотоніну. Через 3 місяці після відміни лікування вміст адреналіну в сироватці крові таких жінок склав $0,203 \pm 0,89$ нг/мл, норадреналіну $5,34 \pm 0,81$ нг/мл та серотоніну $86,3 \pm 4,3$ нг/мл, що було статистично вірогідно менше ніж до проведеного лікування та дорівнювало нормативним показникам (табл. 6).

ліну та серотоніну. Через 3 місяці після відміни лікування вміст адреналіну в сироватці крові таких жінок склав $0,203 \pm 0,89$ нг/мл, норадреналіну $5,34 \pm 0,81$ нг/мл та серотоніну $86,3 \pm 4,3$ нг/мл, що було статистично вірогідно менше ніж до проведеного лікування та дорівнювало нормативним показникам (табл. 6).

Таблиця 6

Рівень концентрації катехоламінів через 3 місяці після відміни лікування

Показник, нг/мл	До лікування	Після лікування
Адреналін	$0,837 \pm 0,246^*$	$0,203 \pm 0,89$
Норадреналін	$10,53 \pm 2,56^*$	$5,34 \pm 0,81$
Серотонін	$175,3 \pm 16,4^*$	$86,3 \pm 4,3$

Примітка. * до лікування/ після лікування (p<0,05)

Однак, у частини жінок переважно основної групи з хронічним больовим синдромом в нижніх відділах живота та структурними змінами органів малого тазу на початковому етапі дослідження спостерігалось зниження концентрації серотоніну ($64,1 \pm 3,1$ нг/мл) у порівнянні з нормативними показниками, що корелювало з клінічними проявами депресивного стану. Такі жінки потребували індивідуальної терапії антидепресантом Дулоксетином з динамічним спостереженням за клінічними проявами депресії та рівнем концен-

трації серотоніну в сироватці крові. Так, рівень концентрації серотоніну в сироватці крові у таких жінок через 3 місяці призначеного лікування достовірно збільшувався рівня до лікування, а саме $79,2 \pm 4,1$ нг/мл, через 6 місяців в групі жінок, які потребували подальшого лікування антидепресантом, рівень концентрації серотоніну становив $84,2 \pm 3,1$ нг/мл та через 3 місяці після відміни лікування показник дорівнював нормативним показникам та становив $87,1 \pm 1,9$ нг/мл (табл. 7).

Таблиця 7

Рівень концентрації серотоніну протягом лікування у жінок з клінічними проявами депресії (n=92)

Показник	До лікування	3 місяці лікування	6 місяців лікування	Через 3 місяці після лікування
Серотонін, нг/мл	$64,1 \pm 3,1^*$	$79,2 \pm 4,1$	$84,2 \pm 3,1$	$87,1 \pm 1,9$

Примітка: * - До лікування/3,6 місяців лікування та через 3 місяці лікування ($p < 0,05$)

Висновки

Таким чином, після проведеного лікування у жінок основної групи спостерігалось зниження рівня концентрації катехоламінів, які є маркерами активації стрес-реакції та збільшення концентрації серотоніну у жінок з клінічними проявами депресії на фоні терапії антидепресантами, що свідчить про нормалізацію психологічного статусу пацієнток та підтверджується тестами дослідження особистості, рівня реактивної, особистісної тривожності та депресивного стану та доводить

ефективність запропонованих препаратів в рамках корекції психоневрологічної симптоматики.

Перспективи подальших досліджень

У подальших дослідженнях перспективним є вивчення психологічних характеристик пацієнток з тривалим больовим синдромом, що дозволяє розширити міждисциплінарні підходи, спрямовані на комплексне, всебічне та багатоаспектне вивчення порушень репродуктивної функції жінок та її патогенетичну корекцію.

Література

- Белова А. Н. Хроническая тазовая боль: руководство для врачей; под ред. А. Н. Беловой, В. Н. Крупина. - М., 2007. - 571 с.
- Лахно И. В. Хроническая тазовая боль в практике гинеколога (Обзор) / И. В. Лахно // Медицина неотложных состояний. - 2006. - №1 (2). - С. 43-46.
- Мостовий Ю.М. Соматопсихічні розлади в клініці внутрішніх хвороб: етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування: метод. реком. / Ю.М. Мостовий, Т.В. Константинович. - Вінниця, 2009. - 101 с.
- Стеблюк В.В. Стан вегетативної регуляції та адаптаційний потенціал пацієнток з синдромом хронічного тазового болю / В. В. Стеблюк, Л.І. Васильчук, О.О. Гузієнко // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №1 (21). - С. 82 - 85.
- Вейн А.М. Клинические аспекты эмоционального стресса. Эмоциональный стресс: теоретические и клинические аспекты; под ред. К.В. Судакова, В.И. Петрова. - Волгоград, 1997. - С. 138-157.
- Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах. — СПб.: Питер, 2002. — 240 с.
- Максименко С.Д. Медицинская психология – практикую щему врачу / С.Д. Максименко // Доктор. - 2003. - №5. - С.81 - 82.
- Сидоров П.І. Психосоматична медицина / П.І. Сидоров, А.Г. Соловйов, І.А. Новікова // М.: МЕДпресс-інформ, 2006. - 564 с.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Е.А. Ночвина

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова
(г. Винница, Украина)

Резюме.

Цель исследования. Изучение эффективности коррекции психологического состояния женщины с синдромом хронической тазовой боли в зависимости от психоневрологической симптоматики с использованием препаратов тетраметалтетраазабициклооктандион и дулоксетин.

Материалы и методы. Проведено изучение психологического статуса у пациенток основной группы и женщин группы контроля с определением эффективности индивидуальной коррекции психоневрологической

CORRECTION OF NEUROPSYCHIATRIC STATES IN WOMEN WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

O.A. Nochvina

Vinnitsa National Medical University
of M.I. Pirogov
(Vinnitsa, Ukraine)

Summary.

The aim of the study. Efficiency research of correction of psychological state of women with chronic pelvic pain depending on neuropsychiatric symptoms using drugs of tramethyltetraazabicyclooctandione and duloxetine.

Materials and methods. A study of psychological status of patients in the main group and control group of women to research the effectiveness of individual correction of neuropsychiatric symptoms in chronic pelvic pain syndrome.

Results. The psychological status of women with

симптоматики при синдроме хронічної тазової болю.

Результаты исследования. Психологический статус женщин с синдромом хронической тазовой боли характеризуется невротической симптоматикой в виде диффузной тревоги, соматизации тревоги и депрессии с увеличением уровня катехоламинов, что свидетельствует про постоянную активацию системы стресс-реакции и отображает наличие дезинтеграции адаптационных процессов.

Выводы. Доказана эффективность предложенных препаратов тетраметалтетраазабициклооктандиона и дулоксетина в рамках коррекции психоневрологической симптоматики у женщин с синдромом хронической тазовой боли путем исследования концентрации катехоламинов, серотонина и тестами опеределения уровня реактивной, личностной тревожности и депрессивного состояния.

Ключовые слова: синдром хронической тазовой боли; психоневрологическая симптоматика; личностная, реактивная тревожность; депрессия; тетраметалтетраазабициклооктандион; дулоксетин.

chronic pelvic pain syndrome characterized by neurotic symptoms in a diffuse anxiety, somatization of anxiety and depression with increasing levels of major catecholamines, which indicates permanent activation of stress reaction and reflects a disintegration of adaptation processes.

Conclusion. Proven effectiveness of proposed drugs of tetramethyltetraazabicyclooctandione and duloxetine under correction neuropsychiatric symptoms in women with chronic pelvic pain syndrome by studying concentrations of catecholamine, serotonin and tests to determine the level of reactive, personal anxiety and depression.

Keywords: chronic pelvic pain syndrome, psychoneurological symptoms, personal, reactive anxiety, depression, tetramethyltetraazabicyclooctandione, duloxetine.