

4. Мозг и алкоголь / Э. Н. Попова [и др.]. – М. : Наука, 1984. – 224 с.
5. Номенклатура ферментов / Под ред. А.Е. Браунштейна. – М. : ВИНТИ, 1979. – 320 с.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЛЬВАЛГИИ И РОЛЬ МИОФАСЦИАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В ЕЕ СТРУКТУРЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Заздравнов А. А.¹, Пасиешвили Н. М.²

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина¹,
Коммунальное некоммерческое предприятие Харьковского областного совета
"Областной клинический перинатальный центр" Харьков, Украина²*

Актуальность. Гипермобильный синдром (ГМС) - заболевание соединительной ткани с избыточным объёмом движения в суставах, проявляющееся алгической мышечно-скелетной симптоматикой при отсутствии системного ревматологического заболевания. Около 3 % лиц в общей популяции, преимущественно женщины, имеют признаки ГМС [1]. Данный показатель еще более увеличивается в популяции молодых людей, достигая 38% [2]. ГМС является одним из наиболее частых клинических проявлений недифференцированной соединительно-тканной дисплазии, а наличие мышечно-суставной боли (проявляется, как правило, артралгиями и дорсалгиями) разграничивает собственно ГМС и бессимптомную гипермобильность суставов.

Пельвалгия или хроническая тазовая боль у женщин определяется как боль, локализованная внизу живота, ягодицах, нижней части поясницы, длящаяся не менее шести месяцев, не связанная с менструальным циклом и / или сексуальной активностью. Пельвалгия является очень распространенным патологическим состоянием, которое существенным образом ухудшает качество жизни пациенток. Данный болевой синдром наблюдается у 6-27 % женщин репродуктивного возраста [3]. Одним из наиболее частых этиопатогенетических компонентов пельвалгии является миофасциальный болевой синдром со стороны мышечно-связочно-суставного аппарата таза. Между тем, миофасциальный тип боли характерен и для ГМС.

Цель. Определить особенности пельвалгического синдрома и удельный вес миофасциального компонента в структуре хронической тазовой боли у молодых женщин с ГМС и без такового.

Методы исследования. В условиях гинекологического отделения было обследовано 26 женщин с пельвалгией в возрасте $24 \pm 2,11$ лет. В социальном разрезе больные были представлены студентками (19), домохозяйками (4), частными предпринимателями (3). Проводилось социологическое (анкетирование), антропометрическое, фенотипическое и вагинальное исследования. Предварительно осуществленные клиническое, сонографическое, рентгенологическое и биохимиче-

ское обследование позволили исключить органическую патологию тазовой области. Также, на предварительных этапах, была исключена и системная ревматологическая патология. Диагностика ГМС проводилась на основе Брайтонских критериев (2000 г.) и 9-балльной шкалы Бейтона (1998 г.). В качестве пороговой величины для диагностики ГМС был принят уровень в 4 балла. Интенсивность пельвалгии оценивалась с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась путем расчета непараметрического критерия χ^2 для оценки различий эмпирического и теоретического распределений исследуемого признака.

Результаты и их обсуждение. У 12 (46,2%) из 26 обследованных женщин был диагностирован ГМС. В соответствии с критериям Бейтона 8 больных имели умеренную гипермобильность суставов, 4 - выраженную. У остальных 14 (53,8%) женщин признаков ГМС выявлено не было. В обеих группах пациенток пельвалгия описывалась как тупая, монотонная боль в области таза, усиливающаяся при длительном стоянии, ходьбе на большие расстояния (при этом ходьба на малые расстояния и низкоинтенсивные физические нагрузки уменьшали интенсивность болевого синдрома). Интенсивность боли по ВАШ оценивалась как низкая, статистически значимых различий в числовых показателях ВАШ в зависимости от наличия / отсутствия ГМС выявлено не было ($p > 0,05$). 7 (58,3 %) пациенток с ГМС и 7 (50,0 %) больных без гипермобильности суставов предъявляли комплекс жалоб на нарушение сна (трудности с засыпанием, частые пробуждения, отсутствие удовлетворенности ночным отдыхом) вследствие пельвалгии. Общая слабость, повышенная утомляемость беспокоили соответственно 8 (66,7 %) и 9 (64,3 %) больных. Ограничение физической и сексуальной активности различной степени выраженности вследствие пельвалгии отметили 7 (87,5%) из 8 пациенток с ГМС и все (3) больные без признаков гипермобильности суставов (различия статистически не достоверны).

Миофасциальный болевой синдром характеризуется наличием особых триггерных точек - участков повышенной чувствительности в пределах локального мышечного уплотнения, что проявляется резкой болезненностью при пальпации. Наличие триггерных точек обуславливает различную симптоматику: от болезненного ограничения движения до мучительной боли [4]. Поэтому выявление таких точек является важным диагностическим маркером данного типа боли. Пельвалгия имела миофасциальный характер у 11 пациенток: интравагинальное пальцевое исследование мышц тазового дна выявило болевой спазм и триггерные болевые зоны преимущественно в области *Musculus levator ani* и *Musculus piriformis*, более редко в процесс вовлекались другие тазовые мышцы. При дискретной оценке миофасциального компонента было установлено, что данный вариант пельвалгии встречался у 8 (66,7%) пациенток с ГМС и у 3 (21,4%) больных женщин без признаков гипермобильности суставов. Статистическая обработка данного рас-

пределения показала, что миофасциальный болевой компонент в структуре пельвалгии встречается достоверно чаще у женщин с ГМС ($\chi^2=5,418$, $df=1$, $p=0,020$).

Выводы. Пельвалгия негативно влияет на качество жизни молодых женщин, ограничивая их физическую и сексуальную активность. ГМС у молодых женщин с пельвалгией выступает в качестве этиопатогенетического фактора для формирования миофасциального компонента хронической боли, что следует учитывать (особенно при отсутствии «явной» патологии органов малого таза) в своей практической деятельности терапевтам, гинекологам, семейным врачам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kumar B. Joint Hypermobility Syndrome: Recognizing a Commonly Overlooked Cause of Chronic Pain / B. Kumar, P. Lenert // *The American Journal of Medicine*. - 2017. - Vol. 130(6). - P.640-647.
2. Реева С.В. Гипермобильность суставов у лиц молодого возраста: от доброкачественного феномена до клинически значимого синдрома / С.В. Реева, Е.В. Тимофеев, Э.В. Земцовский // *Терапия*. - 2018.- №6.- С.65-71.
3. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review / A.Ahangari // *Pain Physician*. – 2014. – Vol.17(2). - E141–E147.
4. Воробьева, О.В. Мышечно-скелетные причины хронической тазовой боли у женщин. / О.В. Воробьева // *Трудный пациент*. - 2007.- Т.12.- С. 34-38.

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зарецкая Е. С., Дубровская К. И., Созонович Л. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Рак поджелудочной железы (РПЖ) – злокачественное новообразование, исходящее из эпителия железистой ткани или протоков поджелудочной железы. В 50-60% случаев опухоль поражает головку поджелудочной железы. Будучи солидной по природе, эта опухоль имеет низкую чувствительность к химиотерапии и дистанционной лучевой терапии, в связи с чем РПЖ является одной из самых актуальных проблем современной медицины [1].

Первичная профилактика рака поджелудочной железы – комплекс мер, которые предупреждают развитие заболевания за счёт устранения факторов риска и причин[4].

Вторичная профилактика подразумевает предупреждение развития рака поджелудочной железы путём выявления предопухолевых заболеваний (киста, аденома, хронический панкреатит), а также опухоли на ранних стадиях развития. Начальный этап развития онкозаболевания наиболее доступен и эффективен в лечении, но госпитализация пациентов при раке на первой стадии не достигает даже 8%.