

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ.

Арипова Мафтуна Хуррамовна, Хайдаров Нодир Кадиорович
Кафедра нервных болезней. Народная медицина, Ташкентский
Государственный Стоматологический Институт

Введение: Боль в спине, одна из самых значимых жалоб с которой каждый год от 15% до 25% пациентов обращаются к неврологу. Социальноэкономическую значимость данной проблемы, подчеркивает тот факт, что часто страдают лица молодого и среднего возраста, при этом к медицинской помощи прибегают только 40% страдающих, что негативно влияет на их трудоспособность. Позднее обращение пациентов является причиной хронизации нелеченого острого болевого синдрома. Существуют множество заболеваний, с различными этипатогенетическими факторами, которые протекают с болью в спине, однако, чаще всего, причиной хронической боли в спине служат дорсопатии, которые представляю собой группу заболеваний, связанных с поражением костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Немало гинекологической, патологии, которая как первично, так и вторично поражает позвоночник, что может приводить к клиническим симптомам сходным с признаками дорсопатий, следовательно, подход к диагностике и тактике лечения должны отличаться. В последнее время, довольно часто стали встречаться пациенты с онкологической патологии матки. Причинами сложности диагностики боли в спине онкологического генеза можно назвать недостатки должной диспансеризации, латентной протекание заболевания, что ведет к гиподиагностике первых «легких» признаков, диагностической ошибке, и как итог, неправильной тактике лечения.

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений хронической боли у пациенток с различной онкологической патологией матки.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 118 больных с различной гинекологической патологией от 25 до 75 лет.

Результаты исследования и их выводы: У обследованных нами пациентов гинекологические заболевания были представлены различными нозологиями, наружный генитальный эндометриоз – 39 (32,5%) пациенток, при этом I степень у 24 (20%), II степень у 13 (10,8%) , III степень – 2 (1,7%), миома матки у 32 (26,7%), аденомиоз у 30 (25%), тогда как хронический сальпингоофарит у 19 (15,8%) пациенток. Средний возраст больных, включенных в исследование, составил $48,9 \pm 12,38$ лет, продолжительность боли составляла примерно $17,3 \pm 9,2$ месяцев, выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ на момент обследования составляла в среднем $7,9 \pm 3,8$ балла. Основными триггерами болевого приступа менструации, психологический и эмоциональный стресс, физическими нагрузка и половые сношения.

Основными местами локализации боли отмечали область крестца и копчика, надлобковая зона, промежность, кроме того, боль иррадиировалась в область бедра, в заднюю верхнюю треть и внутреннюю поверхность, при этом у 38 (31,7%) больных иррадиация боли достигала нижней трети бедра и колена. Чаще всего (49,2%) боль описывалась как постоянную, ноющая с парестезиями, 44 (36,7%) пациенток отмечали периодические люмбаго с иррадиацией в ногу, а 17 (14,2%) больных отмечали, что боль носила интермиттирующий характер, и сопровождающаяся периодами обострения.

При оценке эндометриоз-ассоциированной боли отмечено, что при нарастании стадии заболевания, болевой синдром также усиливался, у пациенток с первой степенью он был равен в среднем $3,8 \pm 0,6$, со второй - $4,9 \pm 1,4$, 2-х пациентов с 3 степенью по 6 баллов. Боли в основном носили ноющий и тянущий характер (56,4%), также у 38,5% обследованных боль характеризовалась распирающей. Также необходимо сказать, что иррадиация наблюдалась у 21 (53,8%) пациенток, среди которых у 5 (12,8%) боль была жгучей, а у 16 (41,02%) – боль имела «грызущий» характер, что может указывать на нейропатический характер боли. При миоме матки, болевой синдром встречался у 27 (84,4%) пациентки в основном жаловались на боли внизу живота (55,6%), дорсалгии встречались у 7 (25,9%), в забрюшинном пространстве – 5 (18,5%), средняя длительность болевого синдрома $16,1 \pm 9,3$ месяцев.

Выводы: согласно нашим исследованиям, объективная оценка болевого синдрома, при гинекологической патологии, остается сложной и не всегда выполнимой рутинными методами. Можно отметить, что болевой синдром чаще хронический, имеет постоянный, тянущий характер, локализуется в крестцово-копчиковой области и распространяется по внутренней бедра.

Библиографические ссылки:

1. Бабаджанова, Г., Абдурахманова, С., Муратова, Н., & Сулейманова, Н. (2020). Анализ репродуктивных нарушений у женщин с миомой матки и/или аденомиозом и методы коррекции. in Library, 20(1), 171-178.
2. Муратова, Нигора, et al. "Роль доплерометрии в дифференциальной диагностике аденомиоза и миомы матки у молодых женщин." in Library 21.4 (2021): 66-68.
3. Муратова, Нигора Джураевна, and Анвар Арсланбекович Абдувалиев. "Влияние трансформирующего фактора роста- $\beta 2$ на пролиферацию клеток лейомиомы матки." Казанский медицинский журнал 96.6 (2015): 968-970.
4. Муратова, Н., Ходжаева, З., Абдурахманова, С., & Сулейманова, Н. (2021). Роль доплерометрии в дифференциальной диагностике аденомиоза и миомы матки у молодых женщин. in Library, 21(4), 66-68.