

ХАНМУРЗАЕВА САИДА БАГАВДИНОВНА

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ
ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА**

14.01.11 - Нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

МАХАЧКАЛА - 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук, доцент

Абусуева Бурлият Абусуевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Данилов Андрей Борисович

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), кафедра нервных болезней, профессор кафедры.

доктор медицинских наук, профессор

Шаров Михаил Николаевич

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико - стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра нервных болезней, профессор кафедры.

Ведущее учреждение:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2019 года в __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.09 на базе ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.; и на сайте www.rsmtu.ru

Автореферат разослан «__» _____ 2019 года.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

А.Н. Боголепова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) представляет собой достаточно распространённое патологическое состояние, которое наблюдается у лиц различного возраста и половой принадлежности. Имеются данные о том, что СХТБ чаще наблюдается у женщин, что может быть обусловлено широким спектром физиологических и патологических факторов [27, 67, 73]. Имеются сведения и о том, что преобладание женщин среди пациентов с СХТБ обусловлено целым рядом соответствующих биологических и психологических факторов, оказывающих важное влияние на формирование болевого синдрома, ощущения и восприятия боли женщиной.

СХТБ широко распространён среди женщин различных возрастных групп. Как свидетельствуют результаты целого ряда проведенных в 1990-е годы за рубежом региональных исследований, в которые были включены женщины детородного возраста, распространённость хронической тазовой боли в США составляет около 15%, в Великобритании – 24% из 3916 опрошенных, в Новой Зеландии - более половины из 2261 опрошенных, в Австралии - 20% из 1983 женщин, включенных в исследование. В целом, считается, что в популяции хроническая тазовая боль встречается у 5-15% всех женщин в возрасте 18-50 лет [45, 97].

Наиболее часто возникновение хронической тазовой боли связано с перенесенными или текущими гинекологическими и урологическими заболеваниями, патологией гастроинтестинального тракта. Вместе с тем, у 60% женщин морфологического субстрата для возникновения хронической тазовой боли выявить не удастся даже при углубленном обследовании, что позволяет предполагать важную роль в ее развитии не только органические, но и, вероятно, функциональные причины [68, 84]. Вследствие того, что хроническая тазовая боль исключительно распространена у женщин, ее наличие является основанием 10% консультаций гинеколога, основанием для проведения 15% гистероскопий и 40% лапароскопий [23, 92].

В связи с этим имеются веские основания предполагать, что причиной СХТБ могут являться не только структурные изменения тканей и органов малого таза, но и непосредственно неврологические и нейропсихиатрические расстройства, в частности, аффективные расстройства и мышечно - тонические нарушения, а также их сочетание. Принимая во внимание, что болевые синдромы у женщин часто ассоциированы с эмоциональными расстройствами, требует изучения возрастной аспект аффективных и вегетативных расстройств у данного контингента пациентов.

В настоящее время рассматривается как болевой синдром или дискомфорт в области органов мочевого выделения и таза, не связанный с проявлениями нарушений мочеиспускания и/или сексуальной дисфункцией, который продолжается на протяжении не менее 3 месяцев за последние 6 месяцев [97]. При этом обязательным является отсутствие в качестве причины болевого синдрома установленной и верифицированной патологии, в частности, злокачественного новообразования, инфекционного заболевания, анатомических аномалий органов малого таза. Имеются данные о том, что распространенность СХТБ в сочетании с нарушениями мочеиспускания или без таковых в США составляют от 3 до 6% [2, 8, 62]. В соответствии с результатами отечественных исследователей, СХТБ представляет собой циклические или ациклические боли, локализованные в нижней части живота, задней области спины, в области половых органов персистирующие 6 месяцев и более, которые не связаны ни с менструальным циклом, ни с сексуальной активностью [6, 13].

Вместе с тем, диагностика СХТБ, основанная исключительно на выявлении морфологического субстрата боли и, соответственно, формирование адекватной терапевтической тактики, не всегда приводят к ожидаемому результату. Установлено, что практически у 60% женщин, страдающих СХТБ, диагноз этого состояния не был установлен, при этом у 20% из них не было проведено адекватного обследования, направленного на выяснение причины болевого синдрома [26, 67]. Существующие объективные трудности диагностики данного состояния, не всегда в полной мере достаточной использование единых критериев постановки диагноза СХТБ в значительной степени затрудняют точную диагностику данного состояния, а также сбор и анализ эпидемиологических данных [1, 46, 58].

Несмотря на широкое применение различных инструментальных методов, ведущая хронической тазовой боли далеко не всегда может быть выяснена, соответственно, зачастую лечение оказывается малоэффективным. В связи с этим проблема тазовой боли сопряжена со значительными материальными затратами и представляет собой актуальную не только медицинскую, но и социальную проблему.

Многие аспекты СХТБ в Российской Федерации изучены недостаточно, в частности, требуют изучения неврологические аспекты данной патологии, что является основанием для проведения такого рода исследования. Нуждаются в уточнении особенности клинической картины синдрома тазовой боли у женщин различного возраста, в частности, особенности состояния вегетативной нервной системы и эмоционального состояния. Сложную проблему представляет собой выбор лечебной тактики у пациентов с СХТБ. Для лечения данного контингента больных предлагались различные методы терапии, включая назначение

нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов, противоэпилептических препаратов, антидепрессантов, немедикаментозной терапии и прочее [10, 15, 17]. К сожалению, эффективность терапии как правило, оказывается, недостаточной, что требует проведения повторных курсов лечения и, нередко - госпитализации. Изучение клинических проявлений СХТБ и более полное понимание патогенеза указанного состояния позволит повысить как качество диагностики, так и эффективности проводимого лечения.

Степень разработанности темы исследования

Интерес к изучению данной патологии нашел свое отражение в многочисленных исследованиях российских и зарубежных авторов. Проанализированы, изучены и использованы работы, коллективные труды и монографии Аккер Л.В., Неймарк А.И., Горцева А. Ю., Коростовцева Л. С., Нахряпова Д.И., Aghajanyan G., Berry S.H., Elliott M.N., Suttorp M., Bogart L.M., Stoto M.A., и др. В данной работе мы акцентировали внимание на том, что СХТБ у большинства женщин сопровождается изменениями в вегетативной нервной системе и эмоциональном состоянии. Если у молодых больных преобладают явления симпатикотонии, то у пациенток старшей возрастной группы наблюдаются смешанные нарушения с преимущественно парасимпатической направленностью. Существует достоверная связь между выраженностью симпатикотонии, с одной стороны, и уровнем реактивной тревожности и интенсивностью и длительностью болевого синдрома – с другой. Кроме того наличие СХТБ приводит к существенному снижению качества жизни больных. Вне зависимости от возраста пациенток, наиболее выраженное достоверное снижение наблюдаются в доменах социального и ролевого функционирования, а также обусловленные имеющимся болевым синдромом.

Вместе с тем, проблема СХТБ в Российской Федерации изучена недостаточно, диагностика СХТБ, основанная исключительно на выявлении морфологического субстрата боли и, соответственно, формирование адекватной терапевтической тактики, не всегда приводят к ожидаемому результату. Установлено, что практически у 60% женщин, страдающих СХТБ, диагноз этого состояния не был установлен, при этом у 20% из них не было проведено адекватного обследования, направленного на выяснение причины болевого синдрома.

Цель исследования

Изучение неврологических проявлений синдрома хронической тазовой боли у женщин различного возраста

Задачи исследования

1. Изучить особенности неврологических проявлений синдрома хронической тазовой боли у женщин различного возраста.

2. Изучить характер аффективных и вегетативных нарушений у женщин различных возрастных групп с синдромом хронической тазовой боли в зависимости от клинической картины заболевания.
3. Провести изучение роли преморбидных и коморбидных факторов, способствующих формированию синдрома хронической тазовой боли у женщин различного возраста
4. Оценить состояние показателей качества жизни у рассматриваемого контингента больных и установить факторы, оказывающие влияние на его составляющие.

Научная новизна исследования

В результате проведенного исследования установлено, что у женщин различных возрастных групп с СХТБ ведущую роль в клинической картине имеющегося страдания играют аффективные и вегетативные нарушения. Впервые изучено влияние СХТБ на качество жизни больных, при этом установлено влияния заболевания на такие домены, как социальное и психическое функционирование, психическое здоровье, отличающееся в зависимости от возраста больных. Продемонстрирована роль коморбидных состояний у больных с СХТБ, ассоциированных с развитием тревожных, диссомнических и астенических нарушений. Установлено, что уровень ситуационной тревожности нарастает по мере увеличения интенсивности болевого синдрома и увеличения возраста пациенток, наличия большого числа коморбидных заболеваний. Установлена тесная связь между выраженностью депрессивного расстройства, с одной стороны, и интенсивностью болевого синдрома и его длительностью, с другой, у женщин молодого возраста имеет место симптомокомплекс, характеризующийся преобладанием вегетативных нарушений по симпатическому типу, повышенной тревожности, диссомнии. Для них характерно наличие тесной связи таких проявлений астении, как снижение психической активности, снижение мотивации, психическая астения с уровнем тревожности и депрессивных нарушений. Для больных старшего возраста характерно нарастание астенических расстройств, увеличение выраженности проявлений депрессии и диссомнии, наличие вегетативных нарушений смешанной направленности. Установлено, что у больных пожилого возраста наличие депрессивных и диссомнических нарушений обусловлено не только СХТБ, но и коморбидными состояниями.

Практическая значимость

Результаты проведенного исследования позволяют проведение комплексной оценки выраженности и характера СХТБ, направленности и степени тяжести вегетативных и аффективных нарушений, а также их динамики. Практическое применение в клинической практике указанных диагностических мероприятий

позволит повысить качество диагностики СХТБ, предоставит возможность для выявления наиболее значимых для пациента клинических синдромов, требующих коррекции, объективно оценить влияние проводимой терапии на состояние пациентов. Полученные результаты позволят предложить комплекс мероприятий для лечения и реабилитации таких больных. Использование предложенного комплекса клинических тестов обеспечит снижение стоимости диагностического процесса за счет снижения необходимости в широком использовании дорогостоящего инструментального обследования.

Методы и методология исследования

Для решения поставленных задач, в соответствии с установленными критериями включения и невключения в исследование, в амбулаторных условиях были обследованы 130 пациентов, 1-ю основную группу составили 40 пациенток детородного возраста с сохранным менструальным циклом, 2-ю основную группу - 40 пациенток в постменопаузальном периоде. Две контрольные группы (по 25 человек) составили 50 здоровых женщин с сохранным менструальным циклом (1-я контрольная группа) и в постменопаузальном периоде (2-я контрольная группа).

Обследование включало оценку неврологического и соматического статуса, состояния скелетно-мышечной системы, эмоционального состояния больных с целью выявления уровня конституциональной и ситуационной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина, модифицированная шкала влияния утомляемости), оценку вегетативного обеспечения (проба Даньини-Ашнера, ортоклиностатическая проба, расчет индекса Кердо, выраженность диссомнических нарушений), оценка качества жизни проводилась на основании стандартного опросника SF-36. Анализировалось наличие коморбидных состояний в соответствии с оригинальным индексом коморбидности Карлсона.

Включенные в исследование больные осматривались и обследовались однократно. Результаты обработаны статистически методами описательной статистики для параметрических и непараметрических величин. Для установления зависимости между переменными использовался расчет коэффициента корреляции Спирмена, при необходимости – с применением поправки Йейтса для малых выборок.

Основные положения, выносимые на защиту

1. СХТБ является сложным по механизмам развития и клиническим проявлениям синдромом, который наблюдается у женщин различных возрастных групп, его клинические проявления различаются в зависимости целого ряда факторов. Вегетативные и аффективные нарушения в значительной степени определяют клиническую картину заболевания. Особенности клинической картины в значительной степени определяются имеющимися коморбидными состояниями.

2. Для женщин с СХТБ характерны аффективные нарушения, при этом у больных старшего возраста преобладают депрессивные нарушения, тогда как для молодых больных характерными является ситуационная тревожность. Выраженность тревожных и депрессивных нарушений ассоциирована с интенсивностью болевого синдрома, его длительностью и выраженностью вегетативных нарушений.

3. Важным клиническим проявлением СХТБ является астенический синдром, при этом для молодых женщин характерны такие проявления астении, как снижение психической активности, снижение мотивации, психическая астения с уровнем тревожности и депрессивных нарушений, когда для больных, более старшего возраста - нарастание астенических расстройств по мере повышения выраженности проявлений депрессии и диссомнии.

4. Для женщин с СХТБ характерны явления вегетативной дисрегуляции в виде симпатикотонии у молодых пациенток и смешанных нарушений, преимущественно парасимпатической направленности, у пожилых пациенток. Имеется достоверная ассоциация между выраженностью симпатикотонии, с одной стороны, и уровнем реактивной тревожности и интенсивностью и длительностью болевого синдрома-с другой.

5. Наличие СХТБ связано со значительным снижением качества жизни больных. Вне зависимости от возраста пациенток, наиболее значимые изменения касались таких доменов, как социальное и ролевое функционирование, а также связанные с наличием болевого синдрома. В меньшей степени в патологический процесс были вовлечены домены, характеризующие соматические расстройства. Выраженность имеющихся нарушений по доменам ролевое физическое и эмоциональное функционирование оказались достоверно меньшими у пожилых женщин.

Степень достоверности результатов исследования

Обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel, программ для статистического анализа Statistica 8.0 For Windows (StatSoft, Inc USA) SPSS 15.0. В зависимости от характера распределения значений переменных были использованы методы параметрической или непараметрической статистики, соответственно, результаты представлены в виде $M \pm m$ - для нормального распределения и в виде медианы и верхнего и нижнего квартилей для показателей и распределение, отличным от нормального ($Me [Q_{25}; Q_{75}]$). Для установления зависимости между переменными использовался расчет коэффициента корреляции Спирмена. Также использовались критерий Шапиро-Уилка для проверки на нормальность распределений (для оценки возможности использования параметрических или непараметрических критериев для сравнения рассматриваемых групп; выбор данного критерия для проверки на нормальность связан с его наибольшей мощностью). Критерий χ^2 применялся для таблиц сопряженности признаков 2×2 , 2×3 и 2×4 (для сравнения частот

встречаемости признаков в анализируемых группах), в том числе с использованием поправки Бонферрони (для большей достоверности при повторном анализе части уже проанализированных данных) и поправки Йейтса для малых выборок.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на: VII Научно-практической конференции с международным участием «Управляй болью» 24.02.2016г.; 65-ой Всероссийской юбилейной научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием:/ ДГМУ. Махачкала, 2017г.; Первой межрегиональной северокавказской неврологической конференции «Актуальные проблемы двигательных расстройств» г. Грозный 19-20/01. 2018г.; Конференции, посвященной юбилею профессора Т.М. Мугудинова, Махачкала, 20.04.2018г.; III-х междисциплинарных Доброхотовских чтениях/ДГМУ, МЗ РД. Махачкала 06.10.2018г.; на Круглом столе: «Инсульт и сосудистые заболевания головного мозга»/ ДГМУ. Махачкала 29.10.2018г.; на 9-ом Междисциплинарном Международном конгрессе «Managerain». Москва 15-17/11.2018г.; Международном молодежном форуме «Неделя науки 2018» Ставрополь 22-23/11.2018г.; XIV научно – практической конференции «Пушковские чтения». Санкт – Петербург 29.11.2018г.; на Республиканском круглом столе «Междисциплинарный подход в неврологии: взгляд молодых». Махачкала 07.02.2019г.; региональных научно-практических конференциях.

Апробация диссертации состоялась на совместной конференции сотрудников кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно выполнено обследование пациентов основных и контрольных групп, проведено изучение неврологического статуса, интерпретация лабораторных и инструментальных исследований, а так же анализ и статистическая обработка данных согласно методам медицинской статистики.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 14.01.11 – нервные болезни (медицинские науки).

Реализация и внедрение полученных результатов в практику

Результаты диссертационного исследования внедрены в учебный процесс кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.

Пирогова» Минздрава России, в лечебную практику ГБУ РД «Городская клиническая больница №1» г. Махачкалы, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В. М. Буянова» ДЗ Москвы, «Республиканскую клиническую больницу» МЗ РД.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 27 печатных работ, 4 из них в изданиях, рекомендованных ВАК РФ для опубликования материалов диссертаций, в том числе 1 Scopus.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 130 страницах машинописного текста. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов исследования и их обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы (содержит 49 работ отечественных авторов и 103 зарубежных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методы и методология исследования

Для решения поставленных задач, в соответствии с установленными критериями включения и не включения в исследование, в амбулаторных условиях были обследованы 130 пациентов, 1-ю основную группу составили 40 пациенток детородного возраста с сохраненным менструальным циклом, 2-ю основную группу - 40 пациенток в постменопаузальном периоде. Две контрольные группы (по 25 человек) составили 50 здоровых женщин с сохраненным менструальным циклом (1-я контрольная группа) и в постменопаузальном периоде (2-я контрольная группа). Обследование включало оценку неврологического и соматического статуса, состояния скелетно-мышечной системы, эмоционального состояния больных с целью выявления уровня конституциональной и ситуационной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина, модифицированная шкала влияния утомляемости), оценку вегетативного обеспечения (проба Даньини - Ашнера, ортоклиностатическая проба, расчет индекса Кердо, выраженность диссомнических нарушений), оценка качества жизни проводилась на основании стандартного опросника SF-36. Анализировалось наличие коморбидных состояний в соответствии с оригинальным индексом коморбидности Карлсона. Включенные в исследование больные осматривались и обследовались однократно. Результаты обработаны статистически методами описательной статистики для параметрических и непараметрических величин. Для установления зависимости между переменными использовался расчет коэффициента корреляции Спирмена, при необходимости – с применением поправки Йейтса для малых выборок.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст от 18 до 65 лет.
2. Наличие боли в нижней части живота, задней области спины, половых органов.
3. Выраженность болевого синдрома, снижающая качество жизни пациенток, ограничивающая их полноценное повседневное функционирование.
4. Длительность болевого синдрома не менее 6 месяцев.
5. Готовность принимать участие в исследовании и подписанное информированное согласие.

Критерии не включения в исследование:

1. Возраст моложе 18 или старше 65 лет.
2. Беременность или послеродовой период
3. Острое хирургическое, урологическое или гинекологическое воспалительное заболевание, подтвержденное результатами клинического наблюдения или инструментального обследования.
4. Специфические нейропатические синдромы поражения нервов малого таза и тазового сплетения и пояснично-крестцового отдела
5. Крупные грыжи межпозвоночных дисков, травматические и воспалительные поражения позвоночника, новообразования, подтвержденные результатами МРТ или КТ.
6. Актуальное онкологическое заболевание.
7. Состояние после оперативного лечения, химио - или лучевой терапии по поводу онкологического заболевания.
8. Потребность в проведении оперативного лечения по поводу заболевания органов малого таза.
9. Диагностированные психические заболевания, сопровождающиеся сенестопатическим синдромом или затрудняющие объективную оценку состояния пациента.
10. Выраженные изменений тазобедренных суставов, подтвержденные результатами рентгенографии или КТ.
11. Нежелание принимать участие в исследовании.

Клиническое обследование включало неврологический осмотр, оценку интенсивности болевого синдрома в соответствии с Визуально-аналоговой шкалой (ВАШ), результаты которой выражались в миллиметрах. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась в состоянии покоя и при активном движении. Также проводилось изучение частоты эпизодов боли, их длительности и цикличности. Одновременно проводилось нейроортопедическое обследование с целью выявления нарушений осанки, болезненности при движении в поясничном отделе позвоночника, наличия и количества триггерных точек в поясничном отделе позвоночника, грушевидных мышцах.

Оценка состояния вегетативной нервной системы включала исследование глазосердечного рефлекса Даньини-Ашнера, ортоклиностатической пробы, расчета индекса Кердо по формуле: $ВИ = (1 - Д / ЧСС) * 100$ где ВИ – вегетативный индекс, Д — величина диастолического давления; ЧСС — частота сердечных сокращений в 1 мин.

Оценка выраженности депрессивных нарушений проводилась на основании опросника Бека, личностной и ситуационной тревожности при помощи опросника Спилбергера-Ханина, выраженности астении – на основании модифицированной шкалы влияния утомляемости (англ.: Modified Fatigue Impact Scale, MFIS). Для выявления диссомнических нарушений и оценки их выраженности использовалась полуколичественная шкала балльной оценки субъективных характеристик сна, предложенная Я. И. Левиным и соавт. (2007).

Оценка качества жизни проводилась с использованием руссифицированного опросника здоровья MOS SF-36 (Белова И.А. и соавт., 2010).

Для суммарной оценки выраженности сопутствующей патологии были использованы кумулятивная рейтинговая шкала болезненности (англ.: cumulative illness rating scale, CIRС) (Linn B.S. и соавт., 1968) и индекс коморбидности Карлсона (ИКК).

Обработка статистических результатов исследования проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel, программ для статистического анализа Statistica 8.0 For Windows (StatSoft, Inc USA) SPSS 15.0. В зависимости от характера распределения значений переменных были использованы методы параметрической или непараметрической статистики, соответственно, результаты представлены в виде $M \pm m$ - для нормального распределения и в виде медианы и верхнего и нижнего квартилей для показателей и распределение, отличным от нормального ($Me [Q25; Q75]$). Для установления зависимости между переменными использовался расчет коэффициента корреляции Спирмена. Также использовались критерий Шапиро-Уилка для проверки на нормальность распределений (для оценки возможности использования параметрических или непараметрических критериев для сравнения

рассматриваемых групп; выбор данного критерия для проверки на нормальность связан с его наибольшей мощностью). Применились поправки Бонферрони (для большей достоверности при повторном анализе части уже проанализированных данных) и Йейтса для малых выборок. Статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При неврологическом обследовании было установлено, что наряду с имеющимся СХТБ, у части наблюдавшихся больных имели место спондилогенные неврологические нарушения. Так, изолированная дорсопатия имела место у 16 (41,0%) больных 1-ой группы и у 27 (65,0%) – 2-ой ($p < 0,05$). Клинические проявления дорсопатии носили типичный характер – болевой синдром был тесно связан с актом движения – боль нарастала при статической нагрузке – при длительном пребывании в вынужденном, как правило, неудобном положении, при сидении, езде в транспорте. Столь же часто болевые ощущения возникали и при динамической физической нагрузке (отмечали около половины женщин как 1-ой, так и 2-ой основных групп, достоверные различия между группами отсутствовали). Помимо болевых ощущений, связанных с физической нагрузкой, 2 (5,3%) женщин 1-ой группы и 6 (14,3%) – 2-ой группы отмечали утреннюю скованность в спине, необходимость какое-то время походить, подвигаться, чтобы облегчить осуществление движений в поясничном и грудном отделах позвоночника различия между группами носили достоверный характер - $p < 0,05$). Указанные ощущения наблюдались на протяжении 10-30 минут и не являлись основанием для обращения за медицинской помощью.

Оказалось, что отсутствие изменений мягких и плотных тканей по результатам КТ или МРТ достоверно чаще отмечалось у больных 1-ой группой ($p < 0,05$) по сравнению со 2-ой группой. Вместе с тем, статистически достоверные различия между 1-ой и 2-ой группами и контрольными группами отсутствовали. У больных 2-ой группы достоверно чаще встречались такие изменения позвоночника, как протрузии межпозвонковых дисков, грыжи дисков и остеоартрит дугоотростчатых суставов, все различия носили достоверный характер ($p < 0,05$) (табл. 1). Вместе с тем, достоверных различий между основными и контрольными группами обнаружено не было.

Таблица 1. Результаты визуализационного обследования (МРТ/КТ) поясничного отдела позвоночника у обследованных больных

Показатели	1-я группа (n=39)	2-я группа (n=41)	1-я контроль- ная группа (n=24)	2-я контроль- ная группа (n=24)
Норма	29 (74,4%)	9 (22,0%)*	16 (66,7%)	4 (16,7%)
Протрузии МПД	6 (15,4%)	25 (61,0%)*	4 (16,7%)	9 (75,0%)
Грыжи МПД (<5мм)	3 (7,7%)	14 (34,1%)*	3 (12,5%)	8 (33,3%)
Остеоартрит дугоотростчатых суставов	7 (17,9%)	32 (78,0%)*	5 (20,8%)	9 (75,0%)

* - различия достоверны между 1-ой и 2-ой группами ($p < 0,05$); МПД – межпозвонковый диск

При анализе характера и интенсивности болевого синдрома у обследованных больных, было установлено, что средняя интенсивность болевого синдрома оказалась достоверно выше ($p = 0,02$). У пациенток 2-ой группы (различия между группами составили 24,3%). При изучении основных характеристик болевого синдрома было установлено, что в обеих группах имел место СХТБ с интенсивностью средней и умеренной выраженности, при том что боль существенным образом не отличалась у представителей обеих групп (различия не носили достоверного характера. Следует отметить, что у 8 женщин 2-ой группы (19,5%) имело место умеренное усиление болевого синдрома в области таза и поясницы в ночное время и при пребывании в горизонтальном положении.

При анализе результатов оценки коморбидности было установлено, что более высокие значения показателей, характеризующих наличие сопутствующих заболеваний, имели место у пациенток 2-ой группы (Табл. 2). Характерным для 2-ой группы оказалось преобладание таких заболеваний, как артериальная гипертензия ($p < 0,05$), ишемическая болезнь сердца ($p < 0,03$), остеоартрит ($p < 0,03$), тогда как у пациенток 1-ой групп чаще встречались нейроциркуляторная дистония и прочие вегетативные нарушения ($p < 0,03$). Среди больных с артериальной гипертензией и ИБС все пациентки принимали подобранную терапевтом и кардиологом терапию, течение заболеваний носило стационарный доброкачественный характер.

Таблица 2. Коморбидные состояния у больных 1-ой и 2-ой групп

Коморбидные заболевания	1-я группа (n=39)	2-я группа (n=41)	Достоверность различий, <i>p</i>
Остеоартрит	5 (12,8%)	10 (24,4%)	$p < 0,01$

Ишемическая болезнь сердца	1 (3,6%)	5 (12,2%)	$p<0,05$
Артериальная гипертензия	3 (7,7%)	12 (29,3%)	$p<0,05$
Заболевания желудочно-кишечного тракта	7 (17,9%)	9 (22,0%)	$p>0,05$
Хронический бронхит	2 (5,1%)	4 (9,8%)	$p>0,05$
Нейроциркуляторная дистония	14 (35,9%)	8 (19,5%)	$p>0,05$
CIRS, баллы, $M\pm m$	6,4 \pm 1,5	9,8 \pm 1,2	$p<0,05$
ИКК, баллы, $M\pm m$	3,1 \pm 0,6	5,2 \pm 0,8	$p<0,05$

При оценке выраженности тревожности по шкале Спилбергера-Ханина было установлено, что уровень личностной тревожности существенным образом не различался у больных 1-ой и 2-ой групп и не отличался от такового в контрольных группах (Табл. 3). При этом значения указанного показателя соответствовали низкому уровню личностной тревожности (нормальные показатели). Более выраженными оказались различия при исследовании выраженности ситуационной тревожности – значения указанного показателя у пациенток 1-ой и 2-ой групп соответствовали уровню умеренной тревожности, при том, что у пациенток 2-ой группы значения показателя оказались в среднем на 18,2% выше ($p<0,05$). Кроме того, показатели уровня ситуационной тревожности у женщин 1-ой и 2-ой групп достоверным образом отличались от соответствующих показателей контрольных групп.

Таблица 3. Выраженность тревожных нарушений у обследованных больных (опросник Спилбергера-Ханина и шкала Бека), баллы, $M\pm m$

Показатели	1-я группа ($n=39$)	2-я группа ($n=41$)	1-я контрольная группа ($n=24$)	2-я контрольная группа ($n=24$)
Личностная тревожность	25,6 \pm 5,3	22,4 \pm 3,8	22,1 \pm 3,6	19,3 \pm 4,1
Ситуационная тревожность	33,4 \pm 5,6@	41,4 \pm 6,0*@	20,2 \pm 4,6	23,8 \pm 3,5
Депрессия (шкала Бека)	6,6 \pm 1,4	9,8 \pm 2,0*@	4,2 \pm 1,5	6,3 \pm 1,3

* - различия достоверны между 1-ой и 2-ой группами ($p<0,05$)

@ - различия достоверны между основными и контрольными группами ($p<0,05$);

При изучении состояния вегетативной нервной системы у обследованных больных, оказалось, что у 21 (53,8%) больной 1-ой группы и 18 (43,0%; $p < 0,05$) больных – 2-ой имелись субъективные и объективные проявления вегетативных нарушений в виде нарушения окраски кожных покровов (гиперемия) (38,5% и 29,4%; $p > 0,05$), повышенного потоотделения в дистальных отделах конечностей (38,8% и 32,8% соответственно; $p > 0,05$), плохой переносимости жары и духоты (27,5% и 31,4%; $p > 0,05$), низкой толерантности к физическим нагрузкам (27,5,5% и 29,4%; $p > 0,05$), нарушений уровня артериального давления с тенденцией к гипотонии или гипертензии (29,4%).

Шестнадцать (41,2%) пациенток 1-ой группы и 18 (43,9%) 2-ой отмечали диссомнические нарушения в виде трудности засыпания, частных пробуждений среди ночи, ощущения отсутствия бодрости после утреннего пробуждения. Характерно, что диссомнические нарушения не были обусловлены социальными факторами (работа в ночную смену, неритмичный график трудовой деятельности и пр.). Трудности засыпания и плохое самочувствие после утреннего пробуждения у пациенток обеих групп имели достоверную положительную связь с усилением интенсивности СХТБ ($r = 0,501$; $p < 0,05$), пребыванием в условиях психоэмоционального стресса ($r = 0,462$; $p < 0,05$).

Для анализа выраженности астенических нарушений была сформирована группа здоровых из описанных ранее контрольных групп (Табл. 3.7). Результаты анализа позволили установить, что у больных 1-ой группы имели место повышенные по сравнению с нормальными значениями такие показатели астении, как «Общая астения» (ОА) и «Физическая астения» (ФА), хотя различия не носили достоверного характера. Значительно более выраженными оказались различия по показателям «Пониженная активность» (ПАк), «Снижение мотивации» (СМ) и «Психическая астения» (ПА), значения которых в 1,8-2,3 раза превышало нормальные (различия носили достоверный характер, $p < 0,05$). Не было установлено корреляционной связи между выраженностью астении, и ее отдельными проявлениями, с одной стороны, и интенсивностью болевого синдрома и, длительностью его персистирования. У больных 1-ой группы была установлена прямая зависимость между показателями ПАа, СМ и ПА, с одной стороны, и уровнем тревожности ($r = 0,431$; $p < 0,05$; $r = 0,399$; $p < 0,05$; ($r = 0,420$; $p < 0,05$), а также степень вегетативных нарушений, в первую очередь – преобладания парасимпатической нервной системы (для индекса Кердо - $r = 0,388$; $p < 0,05$, для систолического артериального давления при ортостазе - $r = 0,460$; $p < 0,05$, для диастолического артериального давления при ортостазе - $r = 0,441$; $p < 0,05$, для частоты сердечных сокращений при ортостазе - $r = 0,437$; $p < 0,05$). Также было установлено, что выраженность астенических нарушений соответствовала степени тяжести диссомнических нарушений.

При оценке выраженности нарушений сна оказалось, что у пациенток обеих основных групп имели место нарушения ночного сна (различия между группами не носили достоверного характера), при том, что значения указанного показателя оказались достоверно ниже, чем в группе контроля ($p < 0,05$ для обеих групп) (рис. 3.7). Наиболее частыми оказались жалобы на частые пробуждения среди ночи, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна, при этом менее значимыми оказались отличия от контрольной группы по таким показателям, как частые пробуждения среди ночи и наличие сновидений, в том числе, неприятного характера.

Таблица 3.7. Результаты оценки выраженности астении и диссомнических нарушений у обследованных больных (опросник MF1 – 20 и Шкала субъективной оценки ночного сна), баллы, $M \pm m$

Показатель	1-я группа ($n=39$)	2-я группа ($n=41$)	Норма ($n=27$)
Общая астения	4,5±1,2	5,1±1,2* [@]	2,0±1,8
Физическая астения	2,9±0,9	3,1±0,9 [@]	1,1±0,5
Пониженная активность	3,4±0,6 [@]	7,2±1,6* [@]	1,4±0,6
Сниженная мотивация	4,2±1,0 [@]	4,7±2,1 [@]	1,8±0,3
Психическая астения	3,2±0,6 [@]	4,1±1,4* [@]	1,5±0,4
Выраженность диссомнии	22,5±3,6 [@]	24,8±4,5 [@]	28,6±0,9

* - различия достоверны между 1-ой и 2-ой группами ($p < 0,05$)

[@] - различия достоверны между основными группами и нормой ($p < 0,05$);

Учитывая существующую зависимость вегетативного обеспечения организма от возраста, для анализа результатов проведения проб на состояние вегетативной нервной системы были сформированы две контрольных группы из здоровых лиц, сопоставимых по возрасту пациентами 1-ой и 2-ой основных групп (Табл. 5).

Таблица 5. Результаты изучения вегетативного статуса у обследованных больных

Показатели	1-я группа ($n=39$)	2-я группа ($n=41$)	1-я контрольная группа ($n=24$)	2-я контрольная группа ($n=24$)
ЧСС уд в мин	82,4±9,2	79,2±8,3	76,4±7,1	78,2±5,9
САД мм рт. ст.	134,5±11,5	139,7±11,5	129,8±10,5	132,4±10,4

ДАД мм рт. ст.	76,1±7,2	78,1±8,4	69,7±6,9	72,4±7,5
Проба Ашнера (уд. в мин)	-2,4±1,4	-7,4±2,1*	-8,5±2,1	-8,1±1,9
Проба Вальсальвы (уд. в мин)	-1,9±1,1	-6,7±2,8*	-8,2±2,0	-6,9±2,32
ЧСС ортостаз (уд. в мин)	12,4±3,3	10,3±2,9*&	8,5±1,7	7,9±2,3
САД ортостаз (мм рт ст)	6,5±1,4&	-11,5±10,1*	-10,4±1,8	-8,8±2,1
ДАД ортостаз (мм рт ст)	7,4±1,1&	-10,8±1,2*	3,7±1,0	4,0±1,4
Индекс Кердо	15,3±4,2&	7,4±3,2*&	6,3±3,2	5,9±2,1

* - различия достоверны между 1-ой и 2-ой группами ($p<0,05$);

& - различия достоверны между основными и контрольными группами ($p<0,05$);

Не было обнаружено связи между диссомническими расстройствами и интенсивностью болевого синдрома. Вместе с тем, у пациенток 1-ой и 2-ой групп имела место связь между длительностью болевого синдрома и выраженностью нарушений сна ($r=0,524$; $p<0,05$ и $r=0,511$; $p<0,05$). Также в обеих группах имела место связь между наличием нарушений ночного сна, с одной стороны, и уровнем ситуационно тревожности, с другой ($r=0,482$; $p<0,05$ и $r=0,445$; $p<0,05$).

Также достаточно значимыми были различия по таким доменам опросника как – «ролевое физическое функционирование» (РФФ) и «ролевое эмоциональное функционирование» (РЭФ). Медиана показателей домена РФ у больных 1-ой и 2-ой групп оказалась ниже нормальных значений на 19,5% и 25,9% (Табл. 6), а по домену РЭФ – на 29,8% и 39,5% соответственно (все различия носили достоверный характер, уровень достоверности указан в таблице). При этом было установлено, что значения по доменам РФФ и РЭФ оказались достоверно ниже у больных из 2-ой группы, хотя различия и не превышали 10%.

Таблица 6. Результаты оценки качества жизни обследованных больных, баллы, Me [Q25; Q75]

Домены опросни ка SF-36	1-я группа ($n=39$)	2-я группа ($n=41$)	Норма ($n=27$)	p * (между группами)	P *(1-я группа по сравне- нию с нормой)	p *(2-я группа по сравне нию с нормой)
ОСЗ	60 [53; 64]	58 [50; 63]	62 [54; 69]	0,112	0,089	0,104

ФФ	61 [56; 65]	58 [52; 63]	65 [57; 68]	0,134	0,092	0,132
РФФ	57 [52; 61]	53 [48; 56]	68 [61; 74]	0,023	0,012	0,026
РЭФ	58 [54; 62]	51 [46; 54]	74 [69; 79]	0,041	0,022	0,019
СФ	66 [60; 71]	58 [53; 61]	70 [64; 77]	0,031	0,174	0,042
ШБ	52 [48; 57]	56 [50; 61]	79 [71; 84]	0,104	0,032	0,011
ШЖ	62 [56; 67]	60 [55; 66]	67 [60; 71]	0,135	0,121	0,341
ПЗ	70 [63; 74]	64 [58; 69]	76 [69; 80]	0,044	0,133	0,032

Выводы

1. У женщин с СХТБ наблюдаются мышечно-тонические, аффективные и вегетативные нарушения, которые в значительной степени определяют клиническую картину заболевания. У женщин пожилого возраста достоверно чаще, чем у молодых, встречаются дорсалгия (41,0% и 65,0%), мышечно-тонические нарушения различной локализации (53,8%; 78,0%), множественные активные триггерные точки, что приводит к ограничению социальной активности больных и снижая качество их жизни.
2. Для молодых больных с СХТБ характерны достоверно более высокие значения ситуационной тревожности (41,4±6,0 балла), диссомнических нарушений, тогда как для женщин старшей возрастной группы – более высокий уровень депрессии (9,8±2,0 балла) и астенических нарушений. Выраженность тревожных и депрессивных нарушений ассоциированы с интенсивностью болевого синдрома и его длительностью ($r=0,465$; $p<0,05$ и $r=0,482$; $p<0,05$ соответственно), а также уровнем коморбидности.
3. СХТБ у большинства женщин сопровождается явлениями вегетативной дисрегуляции. У молодых больных преобладают явления симпатикотонии, тогда как у больных старшей возрастной группы наблюдаются смешанные нарушения с преимущественно парасимпатической направленностью. Существует достоверная связь между выраженностью симпатикотонии, с одной стороны, и уровнем реактивной тревожности и интенсивностью и длительностью болевого синдрома – с другой ($r=0,474$; $p<0,05$ и $r=0,511$; $p<0,05$ соответственно).
4. Наличие СХТБ приводит к существенному снижению качества жизни больных. Вне зависимости от возраста пациенток, наиболее выраженное достоверное снижение наблюдаются в доменах социального и ролевого функционирования, а также обусловленные имеющимся болевым синдромом. Выраженность снижения показателей, характеризующих ролевое физическое, и эмоциональное функционирование достоверно преобладает у пожилых женщин.
5. У женщин старшего возраста достоверно чаще встречаются коморбидные состояния (значения индекса коморбидности - 3,1±0,6 и 5,2±0,8 баллов $p<0,05$). Наличие сопутствующих заболеваний связано с формированием тревожных

нарушений, диссомнических расстройств, снижением качества жизни больных, но не с длительностью и клиническими особенностями СХТБ.

Практические рекомендации

1. У больных с СХТБ следует проводить психологическое обследование и клиническую оценку состояния вегетативной нервной системы с целью получения полного и объективного представления о характере и выраженности клинического синдрома и выбора адекватной терапевтической тактики.
2. Использование углубленного тестирования вегетативных функций позволяет выявить имеющиеся расстройства вегетативной нервной системы, которые могут не выявляться при неврологическом осмотре. Полученные таким образом данные способны обеспечить выбор адекватной терапевтической тактики.
3. При проведении лечения пациенток с СХТБ следует широко использовать лекарственные и немедикаментозные методы лечения, направленные не только на устранение аффективных и вегетативных нарушений, но и обеспечивающих повышение качества жизни больных.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Ханмурзаева С.Б. Клинические особенности синдрома хронической тазовой боли у женщин различных возрастных групп / С. Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, П.Р. Камчатнов // **Медицинский алфавит**. - 2016. - №26. - С. 26-30.
2. Ханмурзаева С.Б. Вегетативные и аффективные расстройства при синдроме хронической тазовой боли у женщин / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // 65я Всероссийская юбилейная научная конференция молодых ученых и студентов с международным участием: материалы конференции.- Махачкала, 2017. - С. 188-192.
3. Ханмурзаева С.Б. Нолодотак (флупиртин) в лечении пациентов с дорсопатией / С.Б. Ханмурзаева, П.Р. Камчатнов, Н.Б. Ханмурзаева // **Терапия**. - 2017.- №3. - С.75-83.
4. Ханмурзаева С.Б. Применение структурно-модифицирующих препаратов у пациентов с поясничной болью / С.Б. Ханмурзаева, П. Р. Камчатнов, Н.Б. Ханмурзаева, А.В. Чугунов // **Терапия**. - 2017. -№7. -С.91-95.
5. Ханмурзаева С.Б. Возрастные особенности синдрома хронической тазовой боли у женщин Республики Дагестан / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // XV итоговая научно-практическая конференция молодых ученых и специалистов: сборник статей. - Южно-Уральский государственный медицинский университет. Челябинск, 2017. - С. 96-99.
6. Ханмурзаева С.Б. Хроническая тазовая боль: психосоматические аспекты / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // Юбилейная научно – практическая конференция к 85летию ДГМУ: материалы сборника. - Махачкала, 2017. – С. 91- 93.

7. Ханмурзаева С.Б. Новые возможности лечения пациента с поясничной болью / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // **Журнал Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова**. – 2017. - № 12. – С.162-167.
8. Ханмурзаева С.Б. Применение миорелаксантов у пациентов с болевыми синдромами поясничной области / С.Б. Ханмурзаева, П. Р. Камчатнов, Н.Б. Ханмурзаева, А.В. Чугунов // **Терапия**. – 2017. - С.135-140.
9. Ханмурзаева С.Б. Ведение пациентов с синдромом хронической тазовой боли / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // **Интенсивная терапия критических состояний: материалы конференции**. – М., 2017. – С.120-125.
10. Ханмурзаева С.Б. Синдром хронических вегетативно-ирритативных тазовых болей и дисфункций у женщин / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // **II-е Доброхотовские чтения: материалы конференции**. – М., 2017. – С. 38-45.
11. Ханмурзаева С.Б. Современный взгляд на проблему синдрома ХТБ / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // **Инновации в образовании и медицине: материалы конференции**. – М., 2017. – С. 74-72.
12. Ханмурзаева С.Б. Обеспечение эффективности и безопасности лечебного процесса у пациентов с поясничной болью / С.Б. Ханмурзаева, П. Р. Камчатнов, Н.Б. Ханмурзаева, А.В. Чугунов // **Consilium Medicum**. – 2017. - №2. – С. 146-150.
13. Ханмурзаева С.Б. Пациент с поясничной болью и синдромом хронической тазовой боли: вопросы диагностики и лечения / С. Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, П.Р. Камчатнов // **РМЖ**. – 2017. - №26. – С. 1760-1764.
14. Ханмурзаева С.Б. Возрастные особенности синдрома хронической тазовой боли у женщин Республики Дагестан / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // **Знания молодых для развития теоретической и клинической медицины: материалы конференции**. – М., 2018. - С. 166-169.
15. Ханмурзаева С.Б. Синдром хронической тазовой боли у женщин различных возрастов / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // **Актуальные вопросы профилактики и лечения в гериатрии: материалы конференции**. - М., 2018. - С. 221-224.
16. Ханмурзаева С.Б. Этиопатогенез синдрома хронической тазовой боли у женщин различных возрастных групп / С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // **Вейновские чтения: материалы XIV ежегодной конференции, посвященной памяти академика А.М.Вейна**. - 2018. - <https://intermeda.ru/proekty/thesis/21>.
17. Ханмурзаева С.Б. Зависимость выраженности тревожных расстройств от выраженности вегетативных нарушений при хронической тазовой боли у женщин различных возрастных групп / С.Б. Ханмурзаева, Н.Б. Ханмурзаева //

- Трансляционная медицина: тезисы конференции «Алмазовские чтения - 2018». – С - П., 2018. – №3. - С. 359.
18. Ханмурзаева С.Б. Фармакотерапия дорсопатий / С.Б. Ханмурзаева, Н.Б. Ханмурзаева // Инновации в образовании и медицине. – М., 2018. - С. 263-266.
 19. Ханмурзаева С.Б. Миорелаксанты как ведущее звено в терапии болевого синдрома / Ханмурзаева С.Б., Н.Б. Ханмурзаева // Инновации в образовании и медицине: материалы конференции. – М., 2018. – С. 256-262.
 20. Ханмурзаева С.Б. Коморбидный пациент: хроническая тазовая боль и хроническая ишемия головного мозга / С. Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Ханмурзаева Н.Б. // Инсульт и сосудистые заболевания головного мозга: материалы круглого стола. – М., 2018. - С. 19-22.
 21. Ханмурзаева С.Б. Применение миорелаксантов у пациентов с болевым синдромом / С. Б. Ханмурзаева, Н.Б. Ханмурзаева // XX-е Давиденковские чтения: сборник тезисов конгресса. – 2018. - С.418-420.
 22. Ханмурзаева С.Б. Хроническая тазовая боль в практике врача невролога / С. Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // XX-е Давиденковские чтения: сборник тезисов конгресса. – 2018. - С. 420-421.
 23. Ханмурзаева С.Б. Гендерные особенности этиопатогенеза синдрома хронической тазовой боли. /С.Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева // III-е Доброхотовские чтения: материалы конференции. – М., 2018. - С.43-48.
 24. Ханмурзаева С.Б. Неврологические особенности синдрома хронической тазовой боли у женщин / С. Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, Н.Б. Ханмурзаева, П.Р. Камчатнов // Acta Neurologica Daghestanica к 140-летию М.С. Доброхотова: сборник статей. – М., 2018. - С. 181-197.
 25. Ханмурзаева С.Б. Коморбидный пациент в практике врача невролога / С. Б. Ханмурзаева, Б.А. Абусуева, А.М. Муртазалиева, З.М. Микаилова, Н.Б. Ханмурзаева // Неделя науки – 2018: материалы международного форума. – Ч., 2018. – С. 169-170.
 26. Ханмурзаева С.Б. Целесообразность применения нагрузочных проб и тестов при синдроме хронической тазовой боли. / С. Б. Ханмурзаева, А.М. Муртазалиева, З.М. Микаилова // Междисциплинарный подход в неврологии: материалы круглого стола. – М., 2019. – С. 51-55.
 27. Ханмурзаева С.Б. Мультидисциплинарный подход к пациенту с хронической тазовой болью / С. Б. Ханмурзаева, А.М. Муртазалиева, З.М. Микаилова // Междисциплинарный подход в неврологии: материалы круглого стола. – М., 2019. – С. 59-62.

Список сокращений

ВАШ – визуально-аналоговая шкала

ДАД – диастолическое артериальное давление
ДИ – доверительный интервал
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИКК - индекс коморбидности
КТ – компьютерная рентгеновская томография
ЛТ – личностная тревожность
МРТ – магниторезонансная томография
ОА - общая астения
ОСЗ - общее состояние здоровья
ОШ – отношение шансов
ПА - психическая астения
ПЗ – психологическое здоровье
ПАк - пониженная активность
РФФ – ролевое физическое функционирование
РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование
САД – систолическое артериальное давление
СМ - снижение мотивации
СТ – ситуационная тревожность
СФ – социальное функционирование
СХТБ - синдром хронической тазовой боли
ФА - физическая астения
ФФ - физическое функционирование
ШБ – шкала боли
ШЖ - шкала жизнеспособности