

Харківська медична академія післядипломної освіти
Донецький національний медичний університет



**МІЖНАРОДНИЙ
НЕВРОЛОГІЧНИЙ
ЖУРНАЛ**

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INTERNATIONAL
NEUROLOGICAL
JOURNAL**

Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2004 року

Періодичність виходу: 8 разів на рік

№ 7 (101), 2018

Включений в наукометричні і спеціалізовані бази даних Ulrichsweb Global Serials Directory, WorldCat, PИHЦ (Science Index), Google Scholar, «Джерело», «Наукова періодика України», «КіберЛенінка», НБУ ім. В.І. Вернадського, CrossRef, International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), SHERPA/RoMEO, Bielefeld Academic Search Engine (BASE)



МІЖНАРОДНИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL
МЕЖДУНАРОДНЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal

№ 7 (101), 2018

DOI: 10.22141/2224-0713.7.101.2018
 p-ISSN 2224-0713
 e-ISSN 2307-1419

Передплатний індекс: 91338

*Спеціалізований рецензований
 науково-практичний журнал*

*Practical-scientific reviewable journal
 for neurologists-clinicians (pediatric and adult)*



Співзасновники: Харківська медична академія післядипломної освіти, Донецький національний медичний університет, Заславський О.Ю.

Завідуюча редакцією **Куприненко Н.В.**

Адреса для звернення:

З питань передплати:

info@mif-ua.com,
 тел. +38 (044) 223-27-42,
 тел. +38 (067) 325-10-26

**З питань розміщення реклами й інформації
 про лікарські препарати:**

reclama@mif-ua.com
 office@zaslavsky.kiev.ua
 selezneva@mif-ua.com
 v_iliyna@ukr.net

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук. Наказ МОН України від 07.10.2015 № 1021.

Рекомендовано до друку та поширення через мережу Internet вченою радою Харківської медичної академії післядипломної освіти, протокол № 8 від 19.10.2018 р.

Українською, російською та англійською мовами

Свідчення про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 21281-11081 ПР. Видано Державною реєстраційною службою України 26.03.2015 р.

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 14,18.

Тираж 7 000 прим.

Адреса редакції:

Україна, 04107, м. Київ, а/с 74

Ukraine, 04107, Kyiv, PO Box 74

Tel./fax: +38(044) 223-27-42, +38 (067) 325-10-26

E-mail: medredactor@i.ua

(Тема: До редакції «Міжнародного неврологічного журналу»)

www.mif-ua.com, http://inj.zaslavsky.com.ua

Видавець Заславський О.Ю.

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107

Свідчення суб'єкта видавничої справи ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпрес»

Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002

Головний редактор

Станіслав Костянтинівич ЄВТУШЕНКО

(Stanislav YEVTUSHENKO)

Редакційна колегія (Editorial Board)

Бучакчийська Н.М. (Запоріжжя, Україна)

Волошин П.В. (Харків, Україна)

Волошина Н.П. (Харків, Україна)

Григорова І.А. (Харків, Україна)

Дзяк Л.А. (Дніпро, Україна)

Дубенко А.Є. (Харків, Україна)

Дубенко Є.Г. (Харків, Україна)

Дубенко О.Є. (Харків, Україна)

Зозуля І.С. (Київ, Україна)

Карабань І.М. (Київ, Україна)

Кириллова Л.Г. (Київ, Україна)

Козьолкін О.А. (Запоріжжя, Україна)

Літовченко Т.А. (Харків, Україна)

Мартинюк В.Ю. (Київ, Україна)

Мищенко Т.С. (Харків, Україна) —

заступник головного редактора

Морозова О.Г. (Харків, Україна)

Московко С.П. (Вінниця, Україна)

Негрйч Т.І. (Львів, Україна)

Пашковський В.М. (Чернівці, Україна)

Поліщук М.Є. (Київ, Україна)

Сіделковський О.Л. (Київ, Україна)

Смоланка О.М. (Ужгород, Україна)

Стоянов О.М. (Одеса, Україна)

Трінус К.Ф. (Київ, Україна)

Цимбалюк В.І. (Київ, Україна)

Шепотинник Є.В. (Маріуполь, Україна)

Шкробот С.І. (Тернопіль, Україна)

Євстигнєєв В.В. (Мінськ, Білорусь)

Пономарьов В.В. (Мінськ, Білорусь)

Скоромець О.А. (Санкт-Петербург, Росія)

Столяров І.Д. (Санкт-Петербург, Росія)

Шалькевич Л.В. (Мінськ, Білорусь)

Шамансуров Ш.Ш. (Ташкент, Узбекистан)

Colin D. Ferrie (Scotland, UK)

Curatolo Paolo, MD (Italy)

David Nech (Minnesota, USA)

Dafin F. Muresanu (Romania)

Dulak Oliver, MD, PhD (France)

Eeg Olofsson Orvar, MD, PhD (Sweden)

Milivoj Velickovic Perat, MD, PhD

(Ljubljana, Slovenia)

Sharlotta Drave (Paris, France)

Suchowersky Oksana (Calgary, Alberta, Canada)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних назв та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки за попередньої письмової згоди редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Харківська медична академія післядипломної освіти, 2018
 © Донецький національний медичний університет, 2018
 © Заславський О.Ю., 2018

Степанченко М.С.¹, Романенко В.І.²¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна²Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна

Порівняння ознак хронічного больового синдрому при інтерстиційному циститі та люмбалгії

Резюме. Актуальність. Інтерстиційний цистит досі є маловивченим захворюванням та однією з найбільш частих причин хронічного тазового болю. Оскільки люмбалгія, згідно з літературними даними, є однією з найчастіших скарг при зверненні до лікаря, порівняння особливостей хронічного больового синдрому в гетерогенних (різномірних) контингентів хворих становить клінічний і науковий інтерес, реалізуючи потенційний поступ у розумінні універсальних патофізіологічних механізмів хронізації больового синдрому в пацієнтів різного профілю. **Мета дослідження:** визначити спільні та відмінні ознаки хронічного больового синдрому в пацієнтів із хронічним тазовим болем/інтерстиційним циститом та в неврологічних хворих із болем у нижній частині спини. **Матеріали та методи.** Обстежені 59 амбулаторних пацієнтів, з яких 44 — з діагнозом «інтерстиційний цистит», 15 — «люмбалгія». Для оцінки соматичних проявів та впливу симптомів на якість життя пацієнтів першої групи використовували опитувальники: Genitourinary Pain Index, O’Leary-Sant та Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale. Оцінка больового синдрому в обох групах проводилася за допомогою візуально-аналогової шкали та больового опитувальника Мак-Гілла. **Результати.** Інтенсивність болю на момент обстеження за візуально-аналоговою шкалою становила $5,30 \pm 1,13$ у першій групі, у пацієнтів із люмбалгією — $4,73 \pm 0,88$ ($p = 0,058$), вірогідної відмінності даного показника між чоловіками та жінками в обох групах виявлено не було. Середній вік початку симптомів у пацієнтів першої групи переважав більше ніж на 10 років (відповідно $49,20 \pm 10,41$ проти $38,33 \pm 14,14$ року, $p = 0,013$). За кількістю обраних дескрипторів опитувальника Мак-Гілла спостерігалась значна варіабельність, проте середні величини практично не відрізнялися між групами пацієнтів ($12,18 \pm 5,81$ проти $10,73 \pm 5,11$, $p = 0,368$). Найчастіше обраними дескрипторами в першій групі були: ниючий (93,2 %) і тягнучий (77,3 %), серед пацієнтів із люмбалгією — відповідно тягнучий (100,0 %) і викручуючий (66,7 %). Виявлено сильний кореляційний зв’язок ($r = 0,71$) між групами за частотою обирання найпоширеніших характеристик болю. **Висновки.** Спільні ознаки хронічного больового синдрому між обстеженими контингентами полягали у виборі подібних дескрипторів за шкалою Мак-Гілла, проте в першій групі інтенсивність болю незначно переважала, незважаючи на більший стаж захворювання в пацієнтів із люмбалгією, що, безумовно, потребує додаткового вивчення на засадах гомогенізації порівнюваних груп за тривалістю симптоматики.

Ключові слова: інтерстиційний цистит; люмбалгія; хронічний тазовий біль; хронічний больовий синдром

Вступ

Відповідно до таксономії Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain) біль визначається як неприємний сенсорний та емоційний чинник, пов’язаний із фактичним або потенційним пошкодженням тканини або описаний із точки зору такого пошкодження [1].

Інтерстиційний цистит досі є маловивченим захворюванням та однією з найбільш частих причин хронічного тазового болю, тому даний патологічний стан тепер прийнято називати терміном «інтерстиційний цистит/сечоміхуровий больовий синдром» (ІЦ/СБС), що охоплює значно ширший контингент хворих і не ґрунтується на одній лише цистоскопіч-

ній діагностиці. ІЦ/СБС визначають як «неприємне відчуття (біль, тиск, дискомфорт), що сприймається як пов'язане із сечовим міхуром та асоціюється із симптомами нижніх сечових шляхів протягом понад 6 тижнів, за умови відсутності інфекції чи інших визначених причин» [2]. Таким чином, останні показники захворюваності на ІЦ/СБС варіюють між 0,06 та 30 % [2–4]. Дана патологія переважно характерна для жіночої статі, превалюючи із співвідношенням 10 : 1 [4], середній вік пацієнток становить близько 45 років [5]. Зв'язку захворюваності із расою чи етнічною приналежністю досі не було виявлено [6]. Співвідношення класичної та безвиразкової форм захворювання вірогідно невідоме, але наявні наукові дані констатують: від 5 до 50 % [7]. З'являється все більше доказів про захворюваність дітей до 18 років, однак показники поширеності в даного контингенту є низькими. Однак не варто виключати дану патологію на підставі лише віку [8].

За даними Deuo і Weinstein, кількість амбулаторних візитів зі скаргами на біль у нижній частині спини (БНЧС) в загальній картині звернень посідає друге місце, поступаючись лише респіраторним захворюванням [9]. Було показано, що в розвинутих країнах від 60 до 90 % населення відчували БНЧС мінімум раз у житті, а щорічний приріст цього показника становить 5 % [10]. Діагностика та лікування БНЧС часто є складним завданням, що пов'язано з етіологічною неоднорідністю захворювання. Сьогодні очевидним є той факт, що вираженість больового синдрому не завжди корелює з розмірами кісти диска і ступенем компресії нервового корінця [11]. Тому важливо визначати провідний механізм розвитку болю, щоб із

самого початку правильно вибрати лікувальну стратегію та мінімізувати ризик хронізації болю або його повторення.

Оскільки біль у спині є однією з найчастіших скарг при зверненні до лікаря, було вирішено порівняти особливості хронічного больового синдрому в гетерогенних (різномірних) контингентів хворих (ІЦ/СБС та БНЧС) із метою визначення можливих спільних клінічних ознак, які, зі свого боку, потенційно могли б характеризувати універсальні патофізіологічні механізми хронізації больового синдрому в пацієнтів різного профілю.

Мета: визначити спільні та відмінні ознаки хронічного больового синдрому в пацієнтів із хронічним тазовим болям/інтерстиційним циститом та в неврологічних хворих із болям у нижній частині спини.

Матеріали та методи

Під час дослідження обстежено 59 амбулаторних пацієнтів (10 чоловіків, 49 жінок, середній вік яких — $49,54 \pm 11,52$ року) із діагнозами ІЦ/СБС (група А, $n = 44$) та БНЧС (група Б, $n = 15$). Основну групу (А) сформовано з 44 досліджуваних з ІЦ/СБС, до групи порівняння (Б) увійшли 15 хворих із періодичним БНЧС без іррадіації в ногу (перша група за класифікацією захворювань хребта Квебекської спеціальної комісії [12]). За результатами урологічного (група А) та клініко-неврологічного огляду (група Б) проводився відбір пацієнтів згідно з критеріями включення та виключення (табл. 1).

Для оцінки соматичних проявів та впливу симптомів на якість життя пацієнтів групи А з ІЦ/СБС

Таблиця 1. Критерії включення пацієнтів у дослідження та виключення

| Група А (ІЦ/СБС), $n = 44$ | Група Б (БНЧС), $n = 15$ |
|--|---|
| Критерії включення | |
| Біль у простаті, що посилюється при її пальпації | Біль у попереково-крижовій ділянці з іррадіацією в ногу або без неї |
| Тривалість симптомів 6 місяців і більше | Тривалість болю 3 місяці і більше |
| Вік більше 20 і менше 70 років | |
| Інтенсивність болю — 4 бали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) і більше | |
| Для жінок фертильного віку — відсутність вагітності та прийому оральних контрацептивів | |
| Підписання інформованої згоди на участь у дослідженні | |
| Критерії виключення | |
| Наявність тяжкої соматичної патології | |
| Активний інфекційний процес | |
| Наявність іншої патології нижніх сечових шляхів протягом останніх 6 місяців | Синдром кінського хвоста |
| Лікування з приводу даної патології протягом останніх 3 місяців | Перелом хребта |
| Необхідність стаціонарного/хірургічного лікування | Вроджені аномалії розвитку хребта |
| Позитивне культуральне дослідження сечі | Пухлина хребта |

Таблиця 2. Порівняльна характеристика дослідних груп хворих

| Показник | ІЦ/СБС, n = 44 | БНЧС, n = 15 | p |
|-------------------------------|-------------------|-----------------|-------|
| Вік, роки | 51,16 ± 10,47 | 44,80 ± 13,45 | 0,111 |
| Тривалість симптоматики, міс. | 23,52 ± 7,29 | 22,40 ± 26,77 | 0,875 |
| Вік початку симптомів, роки | 49,20 ± 10,41 | 38,33 ± 14,14 | 0,013 |
| ВАШ, бали | 5,30 ± 1,13 | 4,73 ± 0,88 | 0,058 |
| Шкала Мак-Гілла, бали | 12,18 ± 5,81 | 10,73 ± 5,11 | 0,368 |

були використані опитувальники: Genitourinary Pain Index (GUPI), O'Leary-Sant, Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale (PUF).

Опитувальник GUPI складається із 4 доменів: біль/дискомфорт, сечовипускання, вплив симптомів на життя та якість життя. Перший домен містить 4 запитання, що оцінюють характер больових відчуттів. 1-ше — 2-ге запитання містять по 4 підпункти, кожен з яких оцінюється від 0 до 1 бала, третє запитання — від 0 до 5 балів, четверте — 0–10 балів. Домен сечовипускання містить 2 запитання, кожне з яких оцінюється від 0 до 5 балів. Третій домен містить 2 запитання, кожне з яких оцінюється від 0 до 3 балів, що разом із 4-м доменом (одне запитання, 0–6 балів) оцінюють вплив симптомів на життя пацієнта. Сума балів перших двох доменів характеризує ступінь вираженості симптомів, де: 0–9 балів — незначно виражені симптоми; 10–18 балів — середньо виражені симптоми; 19–33 — тяжка симптоматика. Сума чотирьох доменів (0–45 балів) комплексно оцінює симптоми пацієнта [13].

Опитувальник O'Leary-Sant оцінює ступінь тяжкості симптомів та те, наскільки симптоми є проблемою для пацієнта. Він складається із двох частин — домен симптомів інтерстиціального циститу (interstitial cystitis symptom index) та домен проблем, викликаних інтерстиціальним циститом (interstitial cystitis problem index). Загальна кількість балів може бути від 0 до 20 для домену симптомів та від 0 до 16 для домену проблем. Для обох доменів загальна сума балів більше 6 свідчить про наявність інтерстиційного циститу [14].

Шкала PUF складається з 8 запитань, сім з яких оцінюють симптоматику (чотири запитання про характер сечовипускання, три запитання про больові відчуття) та запитання про сексуальну активність. Окрім того, опитувальник включає 4 додаткові запитання, що стосуються впливу конкретних симптомів на життя пацієнта. Таким чином, вираховується вираженість симптомів, ступінь обтяження останніх та сумарний показник [15].

Оцінка больового синдрому проводилася за допомогою застосування ВАШ та больового опитувальника Мак-Гілла. При використанні ВАШ пацієнту пропонувалося відобразити суб'єктивне відчуття болю. Шкала проградуєвана від 0 до 10, де 0 — відсутність болю, 10 — максимально сильний біль, що коли-небудь доводилося відчувати пацієнту [16].

Аналіз за больовим опитувальником Мак-Гілла дає якісну характеристику болю. Опитувальник складається з сімдесяти восьми прикметників (дескрипторів), що описують біль [17]. Дескриптори болю розподілені за класами за наростанням смислового значення. Перший клас (1–13-й пункти) дає характеристику болю на сенсорному, другий клас (14–18-й) — на психоемоційному рівні, третій клас (20-й) становить вербальну шкалу інтенсивності болю. Пацієнту пропонують відзначити одне слово, що найбільш точно відображає його/її больові відчуття, в будь-якому (не обов'язково в кожному) з класів.

Статистична обробка матеріалу проводилася за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010 з пакетом надбудов для статистичного аналізу. Кількісні змінні описувалися середнім значенням та стандартним відхиленням. Якісні змінні описувалися частотою та відсотком представленості. Визначення кореляції проводилось шляхом вирахування коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Вірогідність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента (Т). У разі коли вибірки не підкорялися нормальному розподілу, а також для аналізу якісних параметрів застосовувалася U-критерій Вілкоксона — Манна — Уїтні та точний метод Фішера.

Результати

Інтенсивність болю на момент обстеження за ВАШ становила $5,03 \pm 1,25$, вірогідної відмінності даного показника між чоловіками та жінками в обох групах виявлено не було. Середня тривалість захворювання становила $23,24 \pm 14,58$ міс., у жінок першої групи — $23,05 \pm 6,12$ року, у чоловіків — $26,50 \pm 12,93$; у пацієнтів із БНЧС даний показник становив відповідно $17,64 \pm 23,02$ та $35,50 \pm 35,57$ року, мінімальний показник — 3 місяці, максимальний — 6 років. Середній вік появи перших симптомів захворювання становив $46,44 \pm 12,30$ року. Характеристика груп хворих наведена в табл. 2.

За допомогою опитувальників, специфічних до хронічного тазового болю, визначали суб'єктивну болісність у пацієнтів та відгук на недугу. У першій дослідній групі здійснено порівняння вираженості симптоматики за гендерною ознакою (табл. 3).

Таблиця 3. Суб'єктивізована симптоматика інтерстиційного циститу в пацієнтів першої дослідної групи за опитувальниками

| Опитувальник | Група А, n = 44 | Гендерний розподіл | | p |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------|
| | | Жінки, n = 38 | Чоловіки, n = 6 | |
| Шкала GUPI, бали | 25,66 ± 4,26 | 25,71 ± 4,54 | 25,33 ± 1,86 | 0,726 |
| — біль + сечовипускання | 17,77 ± 3,71 | 17,58 ± 3,94 | 19,00 ± 1,26 | 0,096 |
| — біль | 12,02 ± 3,17 | 12,00 ± 3,39 | 12,17 ± 1,17 | 0,821 |
| — сечовипускання | 5,75 ± 1,73 | 5,58 ± 1,75 | 6,83 ± 1,17 | 0,050 |
| — якість життя | 7,89 ± 2,19 | 8,13 ± 2,22 | 6,33 ± 1,21 | 0,013 |
| Шкала O'Leary-Sant, бали | 24,73 ± 4,23 | 25,39 ± 3,99 | 20,50 ± 3,33 | 0,013 |
| — індекс симптомів | 13,16 ± 3,01 | 13,53 ± 2,92 | 10,83 ± 2,71 | 0,061 |
| — індекс проблематичності | 11,57 ± 2,37 | 11,87 ± 2,40 | 9,67 ± 0,82 | 0,000 |
| Шкала PUF, бали | 18,84 ± 5,14 | 20,00 ± 4,29 | 11,50 ± 4,04 | 0,002 |
| — симптоматика | 10,93 ± 4,09 | 11,50 ± 3,83 | 7,33 ± 4,23 | 0,061 |
| — клопіт | 8,32 ± 1,99 | 8,50 ± 2,00 | 7,17 ± 1,60 | 0,107 |

Як видно з табл. 3, чітко прослідковується відмінний вплив симптоматики на якість життя пацієнтів різної статі, в жінок виявили значнішу схильність до болісності, що підтверджувалося також і переважанням отриманих кількісних даних у жінок за шкалою симптоматики та пов'язаної проблемності інтерстиційного циститу.

У скаргах пацієнтів першої групи найчастіше зустрічались такі дескриптори болю: ниючий, тягнучий, розтягуючий, пронизуючий, тупий; у групі Б картина дещо відрізнялась: тягнучий, викручуючий, гострий, пекучий, стискаючий та інші. Характеристики дескрипторів болю та їх представленість наведені в табл. 4.

При цьому характеристики відчуттів, пов'язаних із хронічним болем, у пацієнтів порівнюваних груп практично не відрізнялися, за єдиним винятком — дескриптором дратуючого болю, частота обирання якого пацієнтами помітно превалювала в групі Б (табл. 5).

Порівняльну характеристику поширеності обраних дескрипторів хронічного больового синдрому між групами обстежених хворих зображено в графічному вигляді на рис. 1.

Обговорення

У результаті роботи було визначено, що група ІЦ/СБС характеризувалася вірогідно більшим віком початку симптомів та дещо вищою (однак без статистичної вірогідності) інтенсивністю болю за ВАШ. У переважній кількості пацієнтів цієї групи тривалість болю становила близько 2 років, тоді як в групі БНЧС даний показник був значно варіабельнішим, становлячи від 3 місяців до 5 років. Помічено також, що в групі ІЦ/СБС у чоловіків переважали симптоми сечовипускання, однак вірогідно більшу проблемність/болісність та порушення якості життя спостерігали в пацієнтів жіночої статі.

У досліджуваних групах виявлено сильний кореляційний зв'язок ($r = 0,71$) між частотою обирання респондентів

Таблиця 4. Найпоширеніші дескриптори болю, обрані респондентами обох груп, у порядку спадання

| Група А (ІЦ/СБС), n = 44 | | Група Б (БНЧС), n = 15 | |
|--------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|
| Дескриптор | Поширеність, n (%) | Дескриптор | Поширеність, n (%) |
| Ниючий | 41 (93,2) | Тягнучий | 15 (100,0) |
| Тягнучий | 34 (77,3) | Викручуючий | 10 (66,7) |
| Розтягуючий | 19 (43,2) | Гострий | 4 (26,7) |
| Пронизуючий | 15 (34,1) | Пекучий | 4 (26,7) |
| Тупий | 14 (31,8) | Стискаючий | 3 (20,0) |
| Пекучий | 12 (27,3) | Палючий | 3 (20,0) |
| Стискаючий | 11 (25,0) | Розтягуючий | 3 (20,0) |
| Палючий | 10 (22,7) | Проникаючий | 3 (20,0) |
| Викручуючий | 8 (18,2) | Пронизуючий | 3 (20,0) |
| Проникаючий | 8 (18,2) | Нападоподібний | 2 (13,3) |

Таблиця 5. Найпоширеніші дескриптори пов'язаного з болем відчуття, обрані респондентами обох груп, у порядку спадання

| Група А (ІЦ/СБС), n = 44 | | Група Б (БНЧС), n = 15 | |
|--------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|
| Дескриптор | Поширеність, n (%) | Дескриптор | Поширеність, n (%) |
| Перешкода | 38 (86,4) | Перешкода | 12 (80,0) |
| Стомлює | 31 (70,5) | Дратує | 11 (73,3) |
| Пригнічує | 27 (61,4) | Стомлює | 10 (66,7) |
| Дратує | 15 (34,1) | Пригнічує | 8 (53,3) |
| Прикрість | 11 (25,0) | Злить | 6 (40) |

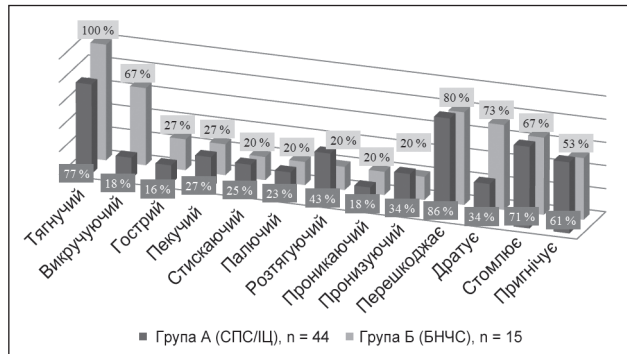


Рисунок 1. Співвідношення питомої ваги найпоширеніших дескрипторів болю, обраних респондентами обох дослідних груп

тами найпоширеніших дескрипторів болю та пов'язаних з останнім відчуттів у відсотковому відношенні до кількості учасників відповідної групи пацієнтів. Останнє могло свідчити про ймовірну подібність розвитку та персистенції хронічного болю, не виключена наявність і спільних патофізіологічних механізмів.

Під час літературного пошуку не виявлено добре методично організованих подібних досліджень, які б мали на меті порівняння гетеротопічних хронічних больових синдромів, зокрема ІЦ/СБС та БНЧС. З огляду на це для кращого розуміння патофізіології хронічного болю виявлені в роботі закономірності та висловлені припущення потребують додаткового вивчення, в тому числі й на прикладі інших контингентів хворих, передбачаючи варіацію як локалізацій хронічного больового синдрому, так і вікового діапазону досліджуваних, зважаючи на тривалість патологічного стану і, що немаловажно, тяжкість перебігу та характеристики зворотності періодів ремісій та загострень захворювання.

Висновки

1. Виявлено спільні ознаки хронічного больового синдрому в пацієнтів із хронічним тазовим болем/інтерстиційним циститом та в неврологічних хворих із болем у нижній частині спини, що полягали у виборі подібних дескрипторів за шкалою Мак-Гілла, із сильним кореляційним зв'язком ($r = 0,71$) між групами серед найпоширеніших характеристик болю. При цьому середні значення загальної кількості балів за вищенаведеною шкалою практично не відрізнялась між групами хворих (відповідно $12,18 \pm 5,81$ проти $10,73 \pm 5,11$; $p = 0,368$).

2. Відмінності між обстеженими контингентами полягали у вищій інтенсивності больових відчуттів у пацієнтів першої групи за ВАШ (відповідно $5,30 \pm 1,13$ проти $4,73 \pm 0,88$ бала; $p = 0,058$). При цьому середній вік початку симптомів у пацієнтів першої групи був більшим на понад 10 років (відповідно $49,20 \pm 10,41$ проти $38,33 \pm 14,14$ року, $p = 0,013$).

3. З метою диференціації тазового болю лікарям різних спеціальностей у клінічній практиці доцільно користуватися опитувальниками ВАШ, Мак-Гілла, Genitourinary Pain Index, O'Leary-Sant, Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale, що дозволить оцінити провідний механізм болю, прогноз захворювання та вибрати оптимальний патогенетичний лікувальний підхід.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Дослідження здійснювалося власним коштом.

Подяки: проф. *І.В. Романенку* — професору кафедри неврології, психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», президенту Української асоціації з вивчення болю, за цінні поради щодо планування і методології дослідження; проф. *О.С. Федоруку* — завідувачу кафедри урології та нейрохірургії ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», заслуженому лікарю України, за цінні поради при обстеженні пацієнтів

Інформація про внесок кожного автора: *М.С. Степанченко* — збирання й обробка матеріалів, аналіз даних, написання тексту; *В.І. Романенко* — концепція дослідження, збирання й обробка матеріалів.

Список літератури

- Merskey H. Classification of Chronic Pain / H. Merskey, N. Bogduk. — Seattle: IASP Press, 1994. — 222 p.
- Berry S.H. Development, validation, and testing of an epidemiological case definition of interstitial cystitis/painful bladder syndrome / S.H. Berry, L.M. Bogart, C. Pham et al. // J. Urol. — 2010. — Vol. 183. — P. 1848-1852.
- Parsons C. L. Prevalence of interstitial cystitis in young women / C. L. Parsons, V. Tatsis // Urology. — 2004. — Vol. 64. — P. 866-870.
- Temml C. Prevalence and correlates for interstitial cystitis symptoms in women participating in a health screening project / C. Temml, C. Wehrberger, C. Riedl, A. Ponholzer, M. Marszalek, S. Madersbacher // Eur. Urol. — 2007. — Vol. 51. — P. 803-808.

5. Оношко В. Ф. Интерстициальный цистит или синдром болезненного мочевого пузыря: современный взгляд на проблему / В.Ф. Оношко, Е.А. Кириленко, Е.О. Баранова, В.С. Голубева // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. — 2016. — № 1(107). — С. 65-69.
6. Barry M.J. Overlap of different urological symptom complexes in a racially and ethnically diverse, community-based population of men and women / M.J. Barry, C.L. Link, M.F. McNaughton-Collins, J.B. McKinlay // *BJU Int.* — 2008. — Vol. 101. — P. 45-51.
7. Peeker R. Toward a precise definition of interstitial cystitis: further evidence of differences in classic and non-ulcer disease / R. Peeker, M. Fall // *J. Urol.* — 2002. — Vol. 167. — P. 2470-2472.
8. Mattox T.F. Interstitial cystitis in adolescents and children: a review / T.F. Mattox // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* — 2004. — Vol. 17. — P. 7-11.
9. Deyo R.A. Low back pain / R.A. Deyo, J.N. Weinstein // *N. Engl. J. Med.* — 2001. — Vol. 344. — P. 363-370.
10. Andersson G.B.J. *The epidemiology of spinal disorders // The adult spine: principles and practice.* — 2nd ed. — New York: Raven Press, 1997. — P. 93-141.
11. Suri P. Longitudinal associations between incident lumbar spine MRI findings and chronic low back pain or radicular symptoms: retrospective analysis of data from the longitudinal assessment of imaging and disability of the back (LAIDBACK) / P. Suri, E.J. Boyko, J. Goldberg, C.W. Forsberg, J.G. Jarvik // *BMC Musculoskeletal Disorders.* — 2014. — Vol. 15. — P. 152.
12. Atlas S.J. *The Quebec Task Force classification for Spinal Disorders and the severity, treatment, and outcomes of sciatica and lumbar spinal stenosis* / S.J. Atlas, R.A. Deyo, D.L. Patrick et al. // *Spine.* — 1996. — Vol. 21. — P. 2885-2892.
13. Clemens J.Q. Validation of a modified National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index to assess genitourinary pain in both men and women / J.Q. Clemens, E.A. Calhoun, M.S. Litwin et al. // *Urology.* — 2009. — Vol. 74 (5). — P. 983-987.
14. Lubeck D.P. Psychometric validation of the O'leary-Sant interstitial cystitis symptom index in a clinical trial of pentosan polysulfate sodium / D.P. Lubeck, K. Whitmore, G.R. Sant, S. Alvarez-Horine, C. Lai // *Urology.* — 2001. — Vol. 57. — P. 62-66.
15. Parsons C.L. Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity / C.L. Parsons, J. Dell, E.J. Stanford et al. // *Urology.* — 2002. — Vol. 60. — P. 573-578.
16. Gerlinger C. Defining a minimal clinically important difference for endometriosis-associated pelvic pain measured on a visual analog scale: analyses of two placebo-controlled, randomized trials / C. Gerlinger, U. Schumacher, T. Faustmann, A. Colligs, H. Schmitz, C. Seitz // *Health Qual Life Outcomes.* — 2010. — Vol. 8. — P. 138.
17. *The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods* / R. Melzack // *Pain.* — 1975. — Vol. 1(3). — P. 277-299.

Отримано 08.10.2018 ■

Степанченко М.С.¹, Романенко В.И.²¹Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина²Институт семейной медицины, г. Киев, Украина

Сравнение признаков хронического болевого синдрома при интерстициальном цистите и люмбалгии

Резюме. Актуальность. Интерстициальный цистит до сих пор является малоизученным заболеванием и одной из наиболее частых причин хронической тазовой боли. Поскольку люмбалгия, согласно литературным данным, является одной из самых частых жалоб при обращении к врачу, сравнение особенностей хронического болевого синдрома в гетерогенных (разнородных) контингентах больных представляет клинический и научный интерес, реализуя потенциальное продвижение в понимании универсальных патофизиологических механизмов хронизации болевого синдрома у пациентов различного профиля. **Цель исследования:** определить общие и отличительные признаки хронического болевого синдрома у пациентов с хронической тазовой болью/интерстициальным циститом и у неврологических больных с болью в нижней части спины. **Материалы и методы.** Обследованы 59 амбулаторных пациентов, из которых 44 — с диагнозом «интерстициальный цистит», 15 — «люмбалгия». Для оценки соматических проявлений и влияния симптомов на качество жизни пациентов первой группы использовали опросники: Genitourinary Pain Index, O'Leary-Sant и Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale. Оценка болевого синдрома в обеих группах проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы и болевого опросника Мак-Гилла. **Результаты.** Интенсивность боли на момент обследования по визуально-аналоговой шкале составила $5,30 \pm 1,13$ в первой группе, а у пациентов

с люмбалгией — $4,73 \pm 0,88$ ($p = 0,058$), достоверного различия данного показателя между мужчинами и женщинами в обеих группах выявлено не было. Средний возраст начала симптомов у пациентов первой группы был больше более чем на 10 лет (соответственно $49,20 \pm 10,41$ против $38,33 \pm 14,14$ года, $p = 0,013$). По количеству избранных дескрипторов опросника Мак-Гилла наблюдалась значительная вариабельность, однако средние величины практически не отличались между группами пациентов ($12,18 \pm 5,81$ против $10,73 \pm 5,11$, $p = 0,368$). Чаше всего избранными дескрипторами в первой группе были: ноющий (93,2 %) и тянущий (77,3 %), среди пациентов с люмбалгией — соответственно тянущий (100,0 %) и выкручивающий (66,7 %). Обнаружена сильная корреляционная связь ($r = 0,71$) между группами по частоте выбора самых распространенных характеристик боли. **Выводы.** Общие признаки хронического болевого синдрома у обследованных контингентов заключались в выборе подобных дескрипторов по шкале Мак-Гилла, однако в первой группе интенсивность боли незначительно преобладала, несмотря на больший стаж заболевания у пациентов с люмбалгией, что, безусловно, требует дополнительного изучения на основе гомогенизации сравниваемых групп по продолжительности симптоматики.

Ключевые слова: интерстициальный цистит; люмбалгия; хроническая тазовая боль; хронический болевой синдром

M.S. Stepanchenko¹, V.I. Romanenko²

¹Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

²Institute of Family Medicine, Kyiv, Ukraine

Comparison of chronic pain signs caused by interstitial cystitis versus lumbalgia

Abstract. Background. Interstitial cystitis is still a poorly-diagnosed disease and one of the most common causes of chronic pelvic pain. Since pain in the back is one of the most common complaints during a visit to a doctor, comparing the features of chronic pain in heterogeneous (dissimilar) groups of patients may constitute clinical and scientific interest due to better understanding of the universal pathophysiological mechanisms of chronic pain syndrome in patients of different profile. **Materials and methods.** The study was conducted in outpatient setting with a total of 59 patients: 44 were diagnosed with interstitial cystitis, 15 had lumbalgia. For assessment of symptoms and impact on quality of life, patients of the first group were questioned using: Genitourinary Pain Index, O'Leary-Sant Questionnaire and Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale. Pain evaluation in both groups was performed by Visual Analog Scale and McGill Questionnaire. **Results.** The intensity of pain in the first group (Visual Analog Scale) was 5.30 ± 1.13 , whereas in patients with lumbalgia — 4.73 ± 0.88 ($p = 0.058$), no sex-dependent difference was found in both groups. The mean age of symptoms

onset in patients of the first group predominated by more than 10 years (49.20 ± 10.41 years versus 38.33 ± 14.14 years, respectively, $p = 0.013$). The number of selected McGill questionnaire pain descriptors showed significant variability, but the average values did not differ significantly between groups (12.18 ± 5.81 versus 10.73 ± 5.11 , $p = 0.368$). Most frequently selected descriptors in the first group were: aching (93.2 %) and pulling (77.3 %); in patients with lumbalgia — pulling (100.0 %) and twisting (66.7 %). A strong correlation relationship ($r = 0.71$) was found between the groups by the frequency of the most common pain characteristics selection. **Conclusions.** The revealed common features of chronic pain syndrome between groups included the choice of similar McGill grade pain descriptors. However, the intensity of pain in the first group was slightly prevailing, despite the increased duration of disease in patients with lumbalgia. This consequently requires additional study of the comparable groups with homogenized duration of symptoms.

Keywords: interstitial cystitis; lumbalgia; chronic pelvic pain; chronic pain syndrome