УДК 618.718.19

Синдром хронічного тазового болю у гінекологічній практиці (Оглядова стаття)

С.О. Шурпяк
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Якщо ти не пам'ятаєш про біль, значить, його не було.....
С. Омуров

У статті висвітлені питання термінології, класифікації, діагностики і лікування синдрому хронічного тазового болю (СХТБ). Розглянуті особливості диференціальної діагностики щодо СХТБ у гінекологічній практиці. Зроблено акцент на те, що лікування СХТБ цілком визначається принципами терапії верифікованого основного захворювання. У разі неможливості виявити першопричину процесу (ідіопатичний характер хронічного тазового болю) проводять симптоматичну терапію.

Ключові слова: *хронічний тазовий біль, тазова веноконгестія, генітальний ендометріоз, дисменорея, запальні захворювання органів малого таза.*

Термін «хронічний тазовий біль» використовують у разі тривалості болю протягом 6 міс і більше, при цьому причина, яка зумовила появу больового синдрому, може зникнути, тоді як больовий синдром залишається [34].

Згідно з визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association of Study of Pain – IASP) – СХТБ є самостійним захворюванням, яке проявляється постійним болем у нижніх відділах живота і попереку і триває щонайменше 6 міс [19].

Діагноз синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) встановлюють у випадках, коли біль турбує протягом 6 міс і більше, застосовані методи лікування не були ефективними або приводили до незначного полегшення; біль сильніший, ніж можна було б очікувати внаслідок ймовірної причини; спостерігаються порушення сну або надмірна сонливість, зниження апетиту, уповільнення психомоторних реакцій, зниження фізичної активності, пригнічення настрою, плаксивість, депресія, негативні зміни в оцінюванні пацієнткою власної соціальної ролі [7, 8, 20]. Установлення хронічного характеру болю і посилення больових відчуттів, тобто формування власне синдрому, відбувається переважно поступово, іноді через тривалий час від початку дії тих або інших пошкоджувальних чинників.

СХТБ слід визначати у разі больових відчуттів у нижніх відділах живота, промежині і/або попереку, які зберігаються або періодично з'являються щонайменше протягом 6 міс, призводять до порушень функцій органів малого таза і вимагають медикаментозного і/або хірургічного лікування. При цьому СХТБ має одну важливу клінічну особливість – він порушує якість життя, що в цілому слід вважати одним з діагностичних критеріїв [9].

Хронічний тазовий біль знижує якість життя жінок відразу в декількох аспектах, спричинюючи функціональні порушення, психосоціальні розлади і сексуальну дисфункцію. Оскільки цей стан нерідко пов'язаний зі зниженням репродуктивних можливостей, то сама локалізація болю у малому тазу, на відміну від інших форм хронічного больового синдрому, має дещо компрометувальний відтінок, знижує самооцінку жінки, породжує відчуття стигмованості [9].

Однією з функцій нервової системи є отримання інформації про загрозу або виникнення пошкодження організму. Неприємні відчуття, пов'язані з наявністю болю, зумовлюють виконання цієї функції. Гострий біль – важливий елемент, який дає змогу нервовій системі здійснювати адаптивну функцію. Гострий біль виникає під час отримання травми, розвитку запалення, внаслідок гострої хірургічної патології або оперативного втручання, тобто існує очевидна причина болю. Причини ж виникнення СХТБ різноманітні, першопричину іноді неможливо визначити, а сам біль стає хворобою. Отже, хронічний тазовий біль є поєднанням фізичних (біль, безсоння, втрата апетиту) і психоемоційних симптомів (депресія).

У разі хронічного персистувального болю адаптивна функція втрачається, що призводить до порушення нормальної роботи не тільки нервової, а й інших систем. Хронічний біль пригнічує інші види чутливості, емоції, розумові процеси і реакції. Порушення діяльності нервової системи і розлад фізіологічних функцій призводять до зниження якості життя пацієнтки, втрати працездатності [9, 10].

Причинами больового синдрому можуть бути запальні процеси органів малого таза, післяопераційні спайкові процеси, ендометріоз, судинна патологія, наслідки травматичних пошкоджень у ділянці малого таза, вертеброгенні причини тощо [5, 31]. Проте існує значна кількість пацієнток, у яких не вдається виявити будь-яку з наведених вище причин болю, відповідно у таких випадках стандартне лікування не дає задовільного результату [12]. Зазвичай ці хворі звертаються до різних фахівців: проктологів, урологів, гінекологів, психіатрів, і зрештою залишаються з болем сам-на-сам. Ураховуючи, що хронічний тазовий біль за впливом на психічну сферу пацієнток можна порівняти з інфарктом міокарда, нестабільною стенокардією, виразковим колітом, у 20% пацієнток зазначена проблема призводить до виникнення суїцидальних думок [20].

На думку багатьох авторів, це пов'язано з відсутністю мультидисциплінарного комплексного підходу до СХТБ, що зумовлює відсутність єдиного підходу до вибору методу лікування больового синдрому [11, 32]. Незважаючи на існування низки керівництв з лікування больового синдрому пацієнтки часто не отримують належної терапії через те, що багато лікарів не усвідомлюють важливості терапії больового синдрому [6, 7].

Епідеміологія

Хронічний тазовий біль – найбільш частий і одночасно важкий для діагностики синдром у гінекологічних пацієнток, він складає близько 10% всієї патології, з якою жінки звертаються до гінеколога [1].

Дослідження різних років засвідчили значну поширеність СХТБ. Інститутом Геллапа було опитано 17 927 домашніх господарок у США (1994). Виявлено, що кожна сьома жителька Сполучених Штатів віком 18–49 років мала хронічний тазовий біль і в 61% випадків його причина не була встановлена [13]. За даними опитування, проведеного у

Великій Британії (2001) серед жінок 18–49 років (n=3916), показник поширеності СХТБ складав 24%. Була встановлена більш висока частота тривожності, пов'язаної з болем (31%), у жінок із СХТБ у порівнянні з жінками з дисменореєю (7%). Третина жінок відзначали початок болю більше п'яти років до проведення опитування [35].

Тільки третина жінок 18–50 років з 2261, які увійшли в рандомізовану вибірку 2004 року у Новій Зеландії, не відчували хронічного тазового болю протягом найближчих до моменту опитування трьох місяців; 25,4% жінок відзначали наявність больового синдрому, не асоційованого ні з менструальним циклом, ні із сексуальною активністю, з них у 47,7% діагноз залишився нез'ясованим [22]. Опитування (2008) в Австралії 1983 жінок 16–49 років виявило поширеність дисменореї у 71,7%, диспареунії – у 14,1% і нез'ясованого тазового болю у 21,5% жінок. Тільки 23,3% жінок не скаржилися на тазовий біль [30].

Найбільш важливий аспект допомоги пацієнткам із СХТБС, багатофакторним патологічним станом – повноцінна диференціальна діагностика, оскільки від правильності встановленого діагнозу принципово залежить тактика терапії.

У 73% пацієнток хронічний тазовий біль є симптомом гінекологічних захворювань, тоді як у 22% жінок він зумовлений екстрагенітальними розладами, у 1% – психічними порушеннями і лише в 1,5% спостережень має самостійне значення, маючи неврогенний характер. На жаль, саме у диференціальній діагностиці причин болю криється найбільша проблема: не менше 70% пацієнток повторно звертаються до лікарів, оскільки внаслідок неправильного діагнозу біль не був усунений.

Ситуація досить поширена, оскільки у 4–25% жінок репродуктивного віку (будь-якої етнічної приналежності і соціального статусу) діагностують хронічний тазовий біль. Поширеність дисменореї у різних країнах коливається від 17% до 81%, нециклічного тазового білю – від 2% до 24%, диспареунії – від 8% до 22%.

У США про наявність больового синдрому повідомляють 5–15% жінок, у Великій Британії відповідний діагноз встановлюють у 38 жінок з 1000. За даними ВООЗ, СХТБ у світі в середньому спостерігається у 15% жінок репродуктивного віку, він є причиною кожного десятого звернення до гінеколога. У Німеччині, наприклад, найчастіше скарги на біль пред'являють молоді пацієнтки – у середньому 12% з них.

За даними Національного інституту здоров'я, 12% гістеректомій у США виконують у зв'язку з больовим синдромом у ділянці малого таза, у 25% випадків оперативне втручання не призводить до ліквідації больового синдрому. До 40% лапароскопічних операцій на органах малого таза виконують у зв'язку із хронічним больовим синдромом, при цьому лише у 30% випадків вдається виявити ендометріоз, спайковий процес, запальні зміни або інші вісцеральні причини болю [9].

Саме з приводу больового синдрому у світі виконують до 27% всіх лапароскопій і до 15% гістеректомій (International Pelvic Pain Society) [19]. Амбулаторні візити з приводу хронічного тазового болю обходяться страховим компаніям у 881,5 млн доларів щорічно, а всього на діагностику і лікування цих пацієнток витрачається більше 2 млрд доларів щороку.

Класифікація хронічного тазового болю

У Клінічній класифікації СХТБ важливі наступні градації [1]:

- Власне тазовий біль, при якому больові відчуття в нижніх відділах живота, пахвинних ділянках, попереку турбують пацієнтку майже постійно і посилюються в дні менструації, у разі переохолодження, тривалого статичного навантаження тощо.
- Дисменорея – болючі менструації.
- Диспареунія – біль під час статевого акту.

У МКХ-10 у XIV класі («Хвороби сечостатевої системи») виділена категорія N94 – «Больові і інші стани, пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом»:

- N94.0. Біль в середині менструального циклу.
- N94.1. Диспареунія (виключена психогенна диспареунія, F52.6).
- N94.2. Вагінізм (виключений психогенний вагінізм, F52.5).
- N94.3. Синдром передменструального напруження.
- N94.4. Первинна дисменорея.
- N94.5. Вторинна дисменорея.
- N94.6. Дисменорея неуточнена.
- N94.8. Інші уточнені стани, пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом.
- N94.9. Стани, пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом, неуточнені.

При всій різнорідності зазначених в МКХ-10 нозологічних форм привертає увагу синдромна орієнтованість формулювань, яка дає клініцистам можливість встановлення синдромного, а не нозологічного діагнозу, що є обґрунтованим, оскільки для диференціальної діагностики СХТБ часто необхідне комплексне і тривале обстеження, під час якого пацієнтка не повинна залишатися без встановлення діагнозу. У таких ситуаціях діагноз у медичній документації «Хронічний тазовий больовий синдром неуточненої етіології» (N94.9) є не тільки виправданим, а єдино можливим.

На сьогодні розглядають близько 40 різних станів, які зумовлюють розвиток СХТБ. Вимушена тривалість і складність диференціальної діагностики зумовлює ситуацію, коли в реальній клінічній практиці близько 60% пацієнток з відповідними скаргами залишаються без уточненого діагнозу, а майже половина гінекологів встановлює частково або повністю помилковий діагноз сальпінгоофориту, тоді як не менше ніж у третини пацієнток із СХТБ за результатами ретельного обстеження можуть бути встановлені діагнози різних екстрагенітальних захворювань.

Патогенетично хронічний тазовий біль при різній гінекологічній патології зумовлений в основному порушеннями регіонарної і внутрішньоорганної гемодинаміки і тканинного газообміну з утворенням надлишку нефізіологічних метаболітів або є наслідком запальних, дистрофічних і функціональних змін у периферійній нервовій системі і вегетативних симпатичних гангліїв.

Особлива складність диференціально-діагностичного пошуку при СХТБ полягає в тому, що запалення в одному з органів малого таза може генерувати функціональні розлади в інших органах – виникає феномен відображення або іррадіації болю.

На сьогодні розглядають декілька етапів розвитку СТБС, а саме:

- Органний – біль виникає в області таза, нижньої частини живота, часто поєднуючись з порушеннями функції статевих і суміжних з ними органів, що значною мірою залежать від розладів кровообігу (гіперемія, застій крові тощо).
- Надорганний – іррадіація болю у верхні відділи живота з формуванням в одному з паравертебральних гангліїв вторинного вогнища подразнення. Цей біль зазвичай буває важко пояснити за відсутності очевидного зв'язку з репродуктивними органами, що зумовлює часті діагностичні помилки.
- Полісистемний – трофічні розлади поширюються на органи поза малим тазом; характерні порушення менструальної, секреторної і статевої функцій, кишкові розлади, зміни обміну речовин. На цій стадії патологічний процес набуває поширеного характеру, біль стає інтенсивнішим, що додатково ускладнює діагностику [32, 36].

Чинники, що зумовлюють поновлення і посилення болю:
- менструація,
- переохолодження,
- психоемоційні перевантаження,
- стрес,
- статичне або динамічне фізичне навантаження,
- зміна метеоумов, захворювання травного тракту.

Клінічна картина СХТБ

Опис пацієнтками тазового болю зазвичай є різноманітним. Біль описується як «тягнучий», «давлячий», «ниючий» або «пекучий». Чим «театральніше» описується біль, який турбує пацієнтку, тим більше вірогідний її психогенний характер.

Окрім болю пацієнтки можуть зазначати підвищену дратівливість, порушення сну, зниження працездатності, втрату інтересу до навколишнього світу («відхід в біль»), пригнічений настрій включно до депресії, іпохондрію Останні посилюють патологічну больову реакцію за принципом порочного кола: біль > психоемоційні порушення > соціальна дезадаптація > біль.

Сукупність трьох клінічних проявів називають тріадою синдрому тазового болю.

• Диспареунія – різновид або (іноді) складова СХТБ. Найчастіше спостерігається при зовнішньому генітальному ендометріозі з розташуванням гетеротопій на крижово-маткових зв'язках або ретроцервікально, рідше – при фіксованій ретродевіації матки, хронічному сальпінгоофориті, будь-якому спайковому процесі у малому тазу. При спайковому процесі після припинення статевого акту внаслідок диспареунії біль самостійно купірується (диференційна ознака, що відрізняє від диспареунії при тазовому венозному повнокров'ї).

• Дисхезія – порушення акту дефекації внаслідок дискоординації роботи м'язів тазового дна і анальних сфінктерів. Характерна для глибокого інфільтративного ендометріозу, ендометріозу піхви і шийки матки, обширного спайкового процесу у малому тазу.

• Дизурія – порушення сечовипускання, найчастіше ознака зовнішнього і внутрішнього генітального ендометріозу або інтерстиціального циститу.

Тазовий біль при *ендометріозі* супроводжується розладами менструального циклу: дисменорея, порушення ритму менструації. При *внутрішньому ендометріозі* менструації, як правило, болючі, з перименструальними мізерними кров'янистими виділеннями. Біль зазвичай виникає або посилюється за 1–2 дні до менструації (відмінність від тазового венозного повнокров'я, при якому кульмінація болю спостерігається на 14–15-й дні циклу і має тягнучий характер). Пацієнтки описують різкий, «стріляючий» характер болю, іноді з іррадіацією у зовнішні статеві органи, пряму кишку. Близько третини хворих відзначають диспареунію і дисхезію.

Під час бімануального дослідження хворих на *ендометріоз яєчників* виявляють позаду матки округлі пухлиноподібні малорухливі і болючі утворення тугоеластичної консистенції, при аденоміозі визначається збільшення матки як мінімум до 5–9 тиж вагітності.

При *міомі матки* пацієнтки скаржаться на тягнучий біль у нижніх відділах живота і попереку; при цьому іррадіація в інші анатомічні області, як правило, відсутня. Характерні аномальні менструальні кровотечі: менструації рясні, зі згортками, тривалі. Відмітною особливістю міом є збереження болю у період менопаузи, тоді як диспареунія спостерігається рідко. Під час бімануального дослідження при множинних міомах виявляють збільшену, асиметричну, обмежено рухому матку щільної консистенції з нерівною, горбистою поверхнею.

При *хронічному сальпінгоофориті* пацієнток турбує постійний тупий ниючий біль у нижніх відділах живота. Хронічний сальпінгоофорит – одна з найбільш частих причин хронічного тазового болю (56,5%), проте у 77% жінок з цим діагнозом спостерігаються поєднані патологічні стани, які вимагають уваги. Як правило, діагноз хронічного сальпінгоофориту встановлюють за даними анамнезу, клініко-лабораторного обстеження та УЗД, проте є дані, що при хронічному тазовому болю без діагностичної лапароскопії у 19% жінок діагноз хронічного сальпінгоофориту виявляється помилковим, а у 38% – неповним. Більше половини пацієнток з хронічним сальпінгоофоритом (60%) відзначають іррадіацію болю у крижах, кожна друга пред'являє скарги на важкість і дискомфорт у лівій і правій клубових ділянках. Біль при хронічному сальпінгоофориті посилюється у період менструації, при фізичному напруженні, гінекологічному обстеженні, у деяких пацієнток виникає диспареунія (пов'язана зі спайковим процесом), однак, на відміну від варикозного розширення тазових вен, при хронічному сальпінгоофориті больові відчуття зникають після припинення статевого акту. Більшість пацієнток під час загострення хронічного сальпінгоофориту скаржаться на рясні слизові або серозні виділення із статевих шляхів, підвищення температури тіла.

У пацієнток з *доброякісними новоутвореннями придатків матки* основним симптомом буває тягнучий біль у нижніх відділах живота, переважно на боці ураження, зрідка – з іррадіацією у поперек. При внутрішньому дослідженні виявляють округлі малорухливі утворення тугоеластичної консистенції. *Фолікулярні кісти яєчників* (функціональні) хоча і належать до доброякісних новоутворень придатків матки, але відрізняються за симптоматикою: ниючий біль внизу живота не іррадіює, характерні порушення менструального циклу. Відчуття тяжкості у нижніх відділах живота і диспареунія не характерні.

Для *варикозного розширення вен малого таза* характерний тягнучий, тупий, пекучий біль з іррадіацією у нижні кінцівки майже у 80% жінок. Найбільш часто провокаційним чинником є тривалі статичні і динамічні навантаження. Більшість пацієнток (70–80%) відзначають посилення болю у другу фазу менструального циклу. Для варикозного розширення вен малого таза характерне посилення болю при терапії гестагенами, а вживання флеботонічних засобів зазвичай зменшує больовий синдром, що може слугувати самостійним диференціально-діагностичним тестом. Більшість пацієнток відзначають відчуття тяжкості у нижніх відділах живота, проте точно локалізувати свої больові відчуття можуть лише близько 30% хворих. Як правило, біль зменшується у положенні лежачи з піднятими вгору нижніми кінцівками. Диспареунія виникає досить часто (у 60–70% жінок) і при даному захворюванні може зберігатися декілька днів після статевого акту. Менструації можуть бути тривалими (5–7 днів). Характерно, що у період менопаузи больовий синдром зникає. При огляді з допомогою дзеркал і бімануальному дослідженні спостерігається низка патогномонічних ознак венозного застою, зокрема: збільшені матка (тістуватої консистенції) і придатки, гіпертрофовані синюшні шийка матки і слизова оболонка піхви, лейкорея [2, 4, 24].

У жінок з *первинною дисменореєю* біль переймоподібного характеру виникає приблизно через 1–2 роки після менархе і локалізується у нижніх відділах живота (іноді з іррадіацією по внутрішній поверхні стегон). Зазвичай тазовий біль починається за декілька годин до менструації, у всіх пацієнток супроводжується головним болем, зрідка – багатократним блюванням. Диспареунію і відчуття тяжкості пацієнтки не зазначають. Тривалість менструацій і їхній об'єм звичайні [23].

Порушення розташування внутрішніх статевих органів (ретрофлексія, опущення, випадіння) змінює нормальні анатомічні взаємини тазових структур, закономірно спричинюючи тазовий біль, який має ниючий, тягнучий характер, супроводжується відчуттям дискомфорту і чужорідного тіла в області промежини.

Тазовий біль психогенної природи складно диференціювати від болю, спричиненому соматовісцеральними чинниками. Біль, спровокований ендогенним або екзогенним пошкодженням афективної сфери, супроводжується емоційними переживаннями. Тазовий біль може бути представлений маячним або галюцинаторним компонентом при шизофренії, але найчастіше є супутнім невротичним фобічним, афективним розладом з депресивним компонентом (циклотимія, дистимія, маніакально-депресивний психоз) [29].

Диференціальна діагностика

Анамнез

Правильно зібраний анамнез повинен включати з'ясування не тільки сімейної і соціальної передісторії, але також всіх доступних відомостей, що стосуються даного стану. Необхідно також ураховувати психологічний стан пацієнтки і наявні складнощі у сімейних відносинах, у тому числі ті, що виникли внаслідок вимушеного обмеження сексуальної активності.

Основні скарги бувають досить різноманітними. Нерідко пацієнтка не в змозі точно визначити локалізацію болю, окреслюючи досить обширну ділянку: від гіпо- до епігастральної області, проте топографія болю принципово важлива.

Для полегшення діагностики можна умовно провести лінію, що сполучає передні верхні ості клубових кісток і пупок.

Припускають, що тазовий біль, локалізований нижче за цю лінію, свідчить про захворювання внутрішніх статевих органів, а вище – на патологію кишечнику, нирок та інших органів.

Біль, що виникає по середній лінії живота (дещо вище лобкового зчленування або безпосередньо за ним), характерний для хронічних запальних захворювань і пухлин матки, сечового міхура, прямої кишки, а також для внутрішнього ендометріозу II–III ступеня. Значно рідше такий біль свідчить про аномалії розвитку матки, симфізіоліз, нерозпізнані пупкові грижі або післяопераційні грижі білої лінії живота.

Тазовий біль у правій і лівій клубових областях нерідко буває основним або навіть єдиним симптомом хронічного запалення придатків матки, зовнішнього генітального ендометріозу, травматичного пошкодження зв'язок матки (синдром Алена–Мастерса), доброякісних і злоякісних пухлин внутрішніх статевих органів.

Біль у нижніх квадрантах живота справа або зліва, як правило, спостерігається при функціональних або органічних ураженнях травного тракту (неспецифічний коліт, синдром подразненого кишечнику, дивертикуліти товстої кишки, хвороба Крона, атонія сліпої кишки, новоутворення), органів сечовидільної системи (гідроуретеронефроз, хронічний уретрит, сечокам'яна хвороба тощо), а також при ураженнях позаочеревних лімфатичних вузлів (лімфосаркома, вісцеральна форма лімфогранулематозу), селезінки (хронічний мієлолейкоз).

Біль з епіцентром у попереково-крижовій ділянці найчастіше пов'язаний із захворюваннями скелета: травматичними, запальними, дегенеративними або пухлинними, дещо рідше – з природженими аномаліями його розвитку (незарощення дужок хребців, спондилоліз, люмбалізація, сакралізація тощо). У низці випадків, наприклад при викривленні положення таза унаслідок різної довжини ніг, для корекції тазового болю достатньо ортопедичних призначень – коректувальних устілок.

Аналогічний за локалізацією біль нерідко спостерігається у разі розвитку дисменореї, що зумовлена генітальним ендометріозом.

Біль може виникати при так званій *статевій неврастенії*, яка часто зумовлена застійною гіперемією тазових органів, наприклад під впливом мастурбації, що тривало практикується, або перерваного статевого акту (подразнення вісцеральних нервів) [14, 33].

Однобічний біль у крижах найчастіше свідчить проти генітального походження симптому.

Екстрагенітальними причинами хронічного болю у попереково-крижовій ділянці можуть бути захворювання нирок (хронічний пієлонефрит, гідронефроз, нефроптоз), стриктури сечоводів травматичного, запального або пухлинного генезу, природжені або набуті захворювання сигмовидної і прямої кишки.

Біль в області куприка – кокцигодинія – зазвичай виникає у відповідь на його травму (при періоститі, артриті крижово-куприкового зчленування, анкілозі, вивиху), рідше зумовлена іррадіацією. У цьому випадку кокцигодинія є симптомом параметриту, ретроцервікального ендометріозу або ендометріозу крижово-маткових зв'язок. На жаль, нерідко сильний біль в області куприка спричинюють запущені форми раку прямої кишки і шийки матки.

Докладний анамнез допомагає верифікувати причину тазового болю. Проте питань, які слід поставити пацієнтці, досить багато. Австралійські експерти запропонували спеціальний мнемонічний (запам'ятовується за першими літерами) опитувальник – SOCRATES.

S – site, місце локалізації болю – одне або декілька.

O – onset, час, коли виник біль, – наприклад, пов'язаний з пологами або оперативними втручаннями.

C – character, характер болю. Вісцеральний біль, як правило, тупий, важко локалізується.

R – radiation, іррадіація.

A – associations, взаємозв'язок з фізіологічними процесами.

T – time course, тимчасові характеристики болю, можлива циклічність. Так, при ендометріозі біль часто виникає за декілька днів до початку менструації і закінчується у перший або другий день нового циклу. Виникнення симптому в кінці дня може свідчити про його зв'язок з опорно-руховим апаратом і застоєм крові у малому тазу.

E – exacerbating and relieving factors, фактори, що посилюють або, навпаки, допомагають утамувати біль. До них відносять препарати або будь-які інші альтернативні варіанти, а також життєві обставини: сон, стрес, тривогу, пригнічений настрій. Якщо біль посилюється через дотик або тиск одягу, можна припустити центральну сенситизацію.

S – severity, тяжкість болю. З часом характер та інтенсивність болю можуть змінюватись, корисним є ведення пацієнткою щоденника з оцінюванням болю за шкалою, що також допомагає аналізувати результативність лікування.

Обстеження

Для верифікації можливих причин хронічного тазового болю до обстеження необхідно залучати фахівців інших спеціальностей – ортопедів-травматологів, невропатологів, урологів тощо.

Використання візуально-аналогових шкал оцінки болю дозволяє вивчити динаміку больового синдрому за певний період часу, зокрема в процесі лікування.

Використовують спеціально розроблені анкети, за допомогою яких оцінюють як суб'єктивну інтенсивність тазового болю, так і супутні стани. За допомогою візуально-аналогової шкали пацієнтка оцінює інтенсивність болю. Біль вважають слабким, якщо пацієнтка маркує свої відчуття в діапазоні 1–4 бали, помірним – 5–7 балів, сильним – 8–10 балів.

Для сенсорної і афективної характеристики больового синдрому застосовують Мак-Гіловський больовий опитувальник (McGill Pain Questionnaire – MPQ, Канада, 1975).

Фізикальне обстеження починають з огляду пацієнтки і пальпації живота. Слід акцентувати увагу на ділянках гіперестезії передньої черевної стінки, виявленні абдомінальних, пупкових, пахових, епігастральних гриж.

Гінекологічне обстеження дозволяє напевне віднести пацієнтку до однієї з двох груп: тих, у кого хронічний тазовий біль спричинений захворюваннями гінекологічної природи, і

тих, у яких больовий синдром має будь-який інший генез. Проводять огляд зовнішніх статевих органів, шийки матки у дзеркалах, бімануальне гінекологічне або ректовагінальне обстеження.

В Австралії у 2015 році було випущено керівництво, в якому під час уточнення характеру тазового болю рекомендують спостерігати за рухами пацієнтки: за тим, як вона входить у кабінет, як встає зі стільця (можливо, поволі або з різкими зупинками від раптового болю).

Керівництво наводить перелік методів обстеження [18] :

- пальпація нижньої частини спини: сідничних м'язів, куприка і крижово-клубових суглобів;
- пальпація нижньої частини живота, зокрема прямих м'язів живота; оцінювання холодової чутливості (бажане): у ділянці максимального болю відчуття холоду може бути знижене;
- візуальне оцінювання шкіри промежини;
- оцінювання реакції на виконання гінекологічного огляду: підвищена чутливість піхви біля бартолінових залоз може свідчити про вестибулодинію;
- пальцеве вагінальне дослідження тазового дна і внутрішніх затульних м'язів: при оцінюванні внутрішніх затульних м'язів справа і зліва відповідно згинають і відводять праве або ліве коліно пацієнтки [21];
- вагінальне обстеження матки і придатків, а потім сечового міхура і сечовивідного каналу через передню стінку піхви;
- огляд у дзеркалах для виключення запальних захворювань статевих органів;
- бактеріоскопічне дослідження для виключення генітальних інфекцій.

Інструментальні методи обстеження

- УЗД органів малого таза (рутинний скринінг для виключення органічних захворювань внутрішніх статевих органів і сечовивідної системи) [3, 16];
- МРТ, комп'ютерна томографія (для виключення захворювань попереково-крижового відділу хребта і кісток таза, внутрішніх статевих органів);
- Денситометрія (для виключення остеопорозу хребта);
- Рентгенологічні (іригоскопія, колоноскопія) та ендоскопічні методи (цистоскопія, уретроцистоскопія, гістероскопія);
- Діагностична лапароскопія – для виявлення перитонеального ендометріозу, синдрому Алена–Мастерса, хронічних запалень придатків матки, спайкового процесу в малому тазу, варикозного розширення вен малого таза.

Згідно з даними Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), якщо причину хронічного тазового болю виявити все ж таки не вдається, визначають ідіопатичний генез тазового болю і призначають симптоматичну терапію [15, 17, 25].

Принципи лікування СХТБ у гінекології

Незважаючи на багатофакторність та поліетіологічність виникнення хронічного тазового болю діагностувати або виключати необхідно у першу чергу найбільш поширені у гінекологічній практиці захворювання.

- *Ендометріоз.* У плані купірування тазового болю при ендометріозі важливо уявляти собі, що гетеротопії існують в умовах локальної гіперестрогенії, тому зменшення естрогенного впливу на вогнища ендометріозу сприяє їхній регресії і редукції симптоматики [27].
- *Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ).* У всіх жінок репродуктивного віку при скаргах на біль внизу живота слід запідозрити ЗЗОМТ і призначити відповідне обстеження і лікування [5, 26].
- *Тазова веноконгестія* відповідальна за кожен третій випадок хронічного тазового болю. Венозна недостатність, що призводить до тазового болю у 38–40% випадків, спричинює у 10–12% пацієнток тимчасову втрату працездатності, однак правильний діагноз при цьому встановлюють лише у 2% [4, 24].

У клінічній практиці діагноз встановлюють на основі ультразвукового дослідження.

Основним критерієм вираженого флебостазу в органах малого таза, який відіграє провідну роль у діагностиці *тазової веноконгестії*, є збільшення діаметра основних венозних колекторів – маткових, яєчникових, дугоподібних і внутрішніх клубових вен [3]. Етіологічним лікуванням варикозного розширення вен малого таза є усунення рефлюксу по гонадних венах, яке можна проводити як хірургічним, так і консервативним методом. Основними завданнями патогенетичного лікування є відновлення венозного тонусу, поліпшення гемодинаміки і трофічних процесів в органах малого таза.

Симптоматична терапія варикозного розширення вен малого таза спрямована на усунення окремих клінічних проявів захворювання, у першу чергу больового синдрому, для чого використовують препарати різних фармакологічних груп [2]. В основному застосовують поєднання одного з венотонічних препаратів з препаратами, що мають антиагрегатні властивості. Збереження больового синдрому є показанням до хірургічного втручання, основна мета якого – ліквідація патологічного рефлюксу крові через розширені гонадні вени [6].

Лікування СХТБ цілком визначається принципами терапії верифікованого основного захворювання.

Синдром хронической тазовой боли в гинекологической практике (Обзорная статья)

С.А. Шурпяк

В статье освещенные вопросы терминологии, классификации, диагностики и лечения синдрома хронической тазовой боли (СХТБ). Рассмотрены особенности дифференциальной диагностики СХТБ в гинекологической практике. Сделан акцент, что лечение СХТБ полностью определяется принципами терапии верифицированного основного заболевания. В случае невозможности обнаружить первопричину (идиопатический генез хронической тазовой боли) проводят симптоматическую терапию.

Ключевые слова: *хроническая тазовая боль, тазовая веноконгестия, генитальный эндометриоз, дисменорея, воспалительные заболевания органов малого таза.*

Chronic pelvic pain in gynecological practice (Review)

S.A. Shurpyak

In the article there are the lighted up questions of terminology, classification, diagnostics and treatment of syndrome of chronic pelvic pain. The features of diagnostics and differentiation process are considered in relation to the syndrome of chronic pelvic pain in gynecological practice. An accent is done, that treatment of chronic pelvic pain is fully determined a verification of basic disease, if it be impossible to find out primary cause (idiopathic genesis of chronic pelvic pain), symptomatic therapy is conducted.

Key words: *chronic pelvic pain, pelvic venocongestion, genital endometriosis, dysmenorrhea, pelvic inflammatory diseases.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., Шаров М.Н., Сонова М.М. и др. Новый взгляд на хроническую тазовую боль в гинекологической практике // Эффективная фармакотерапия. Неврология и Психиатрия. – 2013. – № 3 (32).
2. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь вен малого таза / В.Ю. Богачев // Consilium medicum. – 2006. – № 1 (1). – С. 20–23.
3. Ибадова Ш.Т. Особенности ультразвукового исследования в диагностике причин хронических тазовых болей у женщин // Мир Медицины и Биологии. – 2015. – № 4 (53), I часть. – С. 161–164.
4. Пирогова В.І. Варикозна хвороба вен малого таза і синдром хронічного тазового болю – діагностично-лікувальні аспекти / В.І. Пирогова, С.О. Шурпяк, М.Й. Малачинська // Здоровье женщины. – 2014. – № 4 (90). – С. 30–34.
5. Прилепская В.Н., Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2010. – 128 с.
6. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. – СПб., 2000. – 137 с.
7. Слесаревская М.Н. Особенности симптоматики и психоэмоционального статуса у женщин с синдромом хронической тазовой боли / М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин, Ю.А. Игнашов // Урологические ведомости. – 2015. – Т. V, № 3. – С. 16–19.
8. Сурмач М.Ю. Распространенность хронической тазовой боли у молодых женщин и ассоциированное с ней поведение в сфере здоровья / М.Ю. Сурмач, А.К. Жандарова, А.С. Черняк // Журнал ГрГМУ. – 2010. – № 1. – С. 82–85.
9. Хронический тазовый болевой синдром. От нового в понимании этиопатогенеза к новому в диагностике и терапии. Клиническая лекция / М.Р. Оразов, Х.Ю. Симоновская, Т.С. ябинкина; под ред В.Е.Радзинского. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. – 24 с.
10. Яковлева Э.Б., Бабенко О.М., Бугаев А.Б. 2014. Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли // Медицина неотложных состояний. – № 2 (57). – С. 134–139.
11. Beutel M.E., Weidner K., Brahler E. Chronic pelvic pain of Women and its Co!Morbidity / Geburtsh Frauenheilk. – 2005. – № 65. – P. 61–67.
12. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of pain / Br J Anaesth. – 2008. – V. 101, № 1. – P. 17–24.
13. Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Health-Related Quality of Life, and Economic Correlates / Susan D. Mathias [et all] // Obstetrics & Gynecology. – 1996. – Vol. 87, № 3. – P. 321–327.
14. Chaban V. Visceral pain modulation in female primary afferent sensory neurons // Curr. Trends. Neurol. – 2015. – Vol. 9. – P. 111–114. [PMID: 26962272.]
15. Chronic pelvic pain. ACOG American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Интернет-сайт http://www.acog.org/publications/patient_education/bp099.cfm. Accessed May 18, 2011.
16. Cicchiello LA, Hamper UM, Scoutt LM. Ultrasound evaluation of gynecologic causes of pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011 Mar;38(1):85–114.
17. Chronic pelvic pain. ACOG Practice Bulletin Number 51. American College of Obstetricians andGynecologists // Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol. 103. – P. 589–605.
18. Evans S. Management of persistent pelvic pain in girls and women // Aust. Fam. Physician. – 2015. – Vol. 44 (7). – P. 454–459. [PMID: 26590488].
19. International Pelvic Pain Society (IPPS). – URL: http://pelvicpain.org/home.aspx.
20. Flor H., Turk D.C. eds. Chronic pain: An Integrated Biobehavioral Approach. London: Informa Healthcare Publisihing Group. – 2011.
21. Fitzgerald CM, Neville CE, Mallinson T. et al. Pelvic floor muscle examination in female chronic pelvic pain. J Reprod Med. 2011 Mar–Apr;56(3–4):117–22.
22. Grace V.M. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence,pain severity, diagnoses and use of the health services / V.M. Grace, K.T. Zondervan // Aust N Z J Public Health. – 2004. – Aug; 28 (4). – P. 369–375.
23. Greydanus D.E., Dodich C. Pelvic inflammatory disease in the adolescent: a poignant, perplexing, potentially preventable problem for patients and physicians // Curr. Opin. Pediatr. – 2015. – Vol. 27 (1). – P. 92–99. [PMID: 25514575.]
24. Gavornнk P., Holomáò K., Gašpar j. et al. Pelvic venous congestion syndrome – diagnosis and management. Guidelines of the angiology section of slovak medical chamber (2015) // Vnitr. Lek. – 2015. – Vol. 61 (3). – P. 244–250. [PMID: 25873121.]
25. Guidelines on Chronic Pelvic Pain /Engeler D., Baranowski A.P., Borovicka J., Cottrell A. et al. European Association of Urology 2015. – 83 p.
26. Graziottin A., Gambini D., Bertolasi L. Genital and sexual pain in women // Handb Clin Neurol. – 2015. – Vol. 130. – P. 395–412.
27. Johnson N., Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis // Hum. Reprod. – 2013. – Vol. 28 (6). – P. 1552–1568. [PMID: 23528916].
28. Hassan S., Muere A., Einstein G. Ovarian hormones and chronic pain: A comprehensive review // Pain. – 2014. – Vol. 155 (12). – P. 2448–2460. [PMID: 25172822.]
29. Miller-Matero L., Saulino C., Clark S. et al. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain // Arch. Womens Ment Health. – 2015. – Vol. 19 (2). – P. 349–354. [PMID: 25941014].
30. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. / M.K. Pitts[etc.]. // Med J Aust. – 2008. – Aug 4;189(3). – P. 131–132.
31. Stratton P., Berkley K.J. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications / Hum Reprod Update. – 2011. – V. 17, № 3. – P. 327–324.
32. Vercellini P., Daguati R., Abbiati A. Chronic pelvic pain. In: Arici A., Seli E., eds. Noninvasive management of gynecologic disorders. London: Informa Healthcare Publishing. – 2010.
33. Vulvodynia. ACOG American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Интернет-сайт http://www.acog.org/publications/patient_education/bp127.cfm. Accessed May 18, 2011.
34. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity // Latthe P., Latthe M., Say L., Gulmezoglu M., Khan K.S. / BMC Public Health. – 2006. – № 6. – P. 177–184.
35. Zondervan K. The community prevalence of chronic pelvicpain in women and associated illness behaviour // Br J Gen Pract. – 2001. – Jul; 51(468). – P. 524–526.
36. Quality of Life, Pain and Psychological Well-Being in Women Suffering from Gynecological Disorders / Rannestad Toril [etc.] // J. Women's Health Gender-Based Medicine. – 2000. – Vol. 9, № 8. – P. 897–903.

Статья поступила в редакцию 17.07.2016

Журнал сертифицирован для проведения непрерывного профессионального последипломного обучения врачей

Ответы на вопросы следует присылать в редакцию по почте или на электронный адрес.
Эл. адрес: alexandra@zdr.kiev.ua
Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 36.
Необходимый минимум – 90% правильных ответов.
Врачам, приславшим 90% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Частота хронічного тазового болю у популяції жінок репродуктивного віку складає:
- ❑ До 40%
- ❑ Від 4% до 25%
- ❑ 2%
- ❑ Частота невідома.

2. Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) визначають за умови:
- ❑ Постійного болю у нижніх відділах живота і попереку, що триває щонайменше 6 міс
- ❑ Періодичного нерегулярного болю у попереку, що триває щонайменше 6 міс
- ❑ Постійного болю у різних відділах живота, що триває щонайменше 6 міс
- ❑ Усе зазначене вірно.

3. Серед причин СХТБ не розглядають:
- ❑ Спайковий процес
- ❑ Генітальний ендометріоз
- ❑ Міому матки
- ❑ Тазову веноконгестію.

4. У диференціальній діагностиці СХТБ вирішальне значення має:
- ❑ МРТ
- ❑ КТ
- ❑ Ультрасонографія
- ❑ Комплексне обстеження.

5. Основною причиною СХТБ у гінекологічній практиці є:
- ❑ Пухлини яєчників
- ❑ Генітальний ендометріоз
- ❑ Вроджені аномалії статевих органів
- ❑ Рецидивний вульвовагінальний кандидоз.

6. Серед зазначених основною причиною СХТБ у гінекологічній практиці є:
- ❑ Синдром подразненого кишечнику
- ❑ Тазова веноконгестія
- ❑ ЗЗОМТ
- ❑ Аномальні маткові кровотечі.

7. Посилення больового синдрому при гестагенотерапії характерне для:
- ❑ Поєднаних проліферативних процесів репродуктивних органів
- ❑ Генітального ендометріозу
- ❑ Тазової веноконгестії
- ❑ АМК.

8. У жінок із СХТБ больові відчуття зникають після припинення статевого акту при:
- ❑ Ендометріозі
- ❑ Тазовій веноконгестії
- ❑ Хронічному сальпінгоофориті.

9. Тягнучий, тупий, пекучий біль з іррадіацією у нижні кінцівки при СХТБ характерний для:
- ❑ Ендометріозу
- ❑ Тазової веноконгестії
- ❑ Фолікулярних кіст яєчників.

10. Диференціально-діагностичний тест при СХТБ полягає у призначенні:
- ❑ НПЗП
- ❑ Гестагенів
- ❑ Флеботоніків
- ❑ Антибіотиків.

Фамилии докторов, получивших сертификаты

За правильные ответы на тесты к статье: «Актуальні питання етіології та патогенезу лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку» (Г.В. Чубей)

Николайчук Е.А.

За правильные ответы на тесты к статье: «Анти-D-імунопрофілактика у світогляді лікаря акушера-гінеколога (Клінічна лекція)» (Л.Г. Назаренко)

Верещук И.А.

Дорожко О.М.
Николайчук Е.А.
Садовая М.А.
Таран Н.В.

За правильные ответы на тесты к статье: «Омега-3-поліненасичені жирні кислоти в акушерстві та перинатології: актуальні та дискусійні питання (клінічна лекція)» (Л.Г. Назаренко, Н.С. Нестерцова)

Николайчук Е.А.

За правильные ответы на тесты к статье: «Современные методы диагностики и коррекции гестационного сахарного диабета у беременных (Клиническая лекция)» (Т.В. Авраменко, М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев)

Вагнер В.В.
Верещук И.А.

За правильные ответы на тесты к статье: «Заболевания щитовидной железы и беременность» (Т.В. Авраменко)

Амбрусевич Г.С.
Артюх Л.П.
Верещук И.А.
Мустяц С.А.

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ №6 (112)/2016
ISSN 1992-5921