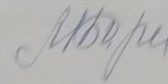


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И.

РЕФЕРАТ

Хроническая тазовая боль

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

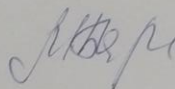
на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»
клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Хроническая тазовая боль» от 2018
года

В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиология данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Хроническая тазовая боль» заслуживает оценки «отлично».



Содержание

1. Определение
2. Эпидемиология тазовой боли
3. Классификация хронической тазовой боли
4. Этиология тазовой боли
5. Механизм развития хронической тазовой боли
6. Клиническая характеристика хронической тазовой боли
7. Дифференциально-диагностические мероприятия при боли внизу живота
8. Лечение хронической тазовой боли
9. Список используемой литературы

1. Определение

Тазовая боль — чувство дискомфорта в нижней части живота: ниже пупка, выше и медиальнее паховых связок, за лоном и в пояснично-крестцовой области. Синдром хронической тазовой боли — длительно существующая (свыше 6 мес), трудно купируемая тазовая боль, дезорганизующая центральные механизмы регуляции важнейших функций организма человека, изменяющая психику и поведение человека и нарушающая его социальную адаптацию.

2. Эпидемиология тазовой боли

Согласно данным ВОЗ, каждый пятый человек в мире страдает хронической болью, обусловленной заболеваниями различных органов и систем. Свыше 60% женщин ежегодно обращаются за помощью к акушеру-гинекологу именно в связи с тазовыми болями. Хроническая тазовая боль значительно чаще бывает симптомом гинекологических (73,1%) или экстрагенитальных заболеваний (21,9%), чем различного рода психических нарушений (1,1%). Столь же редко она имеет самостоятельное нозологическое или синдромное значение (1,5%).

3. Классификация хронической тазовой боли

По своим проявлениям хроническую тазовую боль можно разделить следующим образом:

- собственно тазовая боль — болевые ощущения в нижних отделах живота, паховых областях, пояснице, беспокоящие пациентку практически постоянно и усиливающиеся в определённые дни менструального цикла, при переохлаждении, длительной статической нагрузке и т.д.;
- дисменорея — болезненные менструации;
- глубокая диспареуния — болезненный половой акт при глубоком проникновении.

4. Этиология тазовой боли

Основные причины боли внизу живота:

- гинекологические заболевания;
- хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов;
- спаечный процесс как следствие перенесённого воспалительного заболевания половых органов;
- наружный генитальный эндометриоз;
- внутренний эндометриоз тела матки;
- синдром Аллена–Мастерса;
- генитальный туберкулёз;
- миома матки;

- ДОЯ и злокачественные опухоли яичников;
- злокачественные новообразования тела и шейки матки;
- первичная альгоменорея;
- «срединные» боли («Mittelschmerz»);
- аномалии развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови;
- атрезия канала шейки матки;
- использование ВМК;
- серозоцеле и спаечный процесс после гинекологических операций;
- синдром остаточных яичников;
- заболевания ЖКТ;
- хронический колит, синдром раздражённой кишки, неспецифический язвенный колит;
- заболевания опорнодвигательного аппарата;
- остеохондроз позвоночника;
- грыжа Шморля;
- кокцигодиния, артроз крестцовокопчикового сочленения;
- первичные опухоли костей таза;
- метастазы в кости таза и позвоночник;
- туберкулёз костномышечной системы;
- симфизиолиз, симфизиопатии;
- забрюшинные новообразования, в том числе ганглионеврома забрюшинного пространства;
- заболевания периферической нервной системы;
- плекситы, в том числе солярит и соляропатия;
- аппендикулярногенитальный синдром;
- проктит;
- спаечная болезнь;
- заболевания органов системы мочевого выделения;
- хронический цистит;
- мочекаменная болезнь;
- тазовая дистопия почки, нефроптоз;
- заболевания сосудов;
- варикозное расширение вен малого таза;
- психические заболевания;
- абдоминальные припадки эпилепсии;
- депрессивный синдром, в том числе при шизофрении;

- «неорганические» боли, не связанные с психическим заболеванием;
- психогенные боли;
- абдоминальная форма спазмофилии;
- абдоминалгии у больных гипервентиляционным синдромом;
- боль без видимой причины.

5. Механизм развития хронической тазовой боли

Основными причинами формирования синдрома хронической тазовой боли при различных гинекологических заболеваниях следует считать расстройства регионарной и внутриорганной гемодинамики, нарушение тканевого дыхания с избыточным образованием продуктов клеточного метаболизма, воспалительные, дистрофические и функциональные изменения в периферическом нервном аппарате внутренних половых органов и вегетативных симпатических ганглиях. Очевидно, что стабилизация и усугубление болевых ощущений, т.е. по сути дела формирование синдрома тазовой боли, происходит при взаимодействии различных факторов, среди которых немаловажное значение имеют тип развития личности женщины, особенности её образа жизни, уровень интеллекта и т.д.

Болевой синдром, формирующийся, как правило, не сразу, а спустя некоторое (иногда достаточно длительное) время от начала действия тех или иных повреждающих факторов, повидимому, проходит определённые этапы развития. Первый этап называют органным, для него характерно появление локальной боли в области таза, нижней части живота. Нередко боль сочетается с нарушениями функций половых и соседних с ними органов. Эти явления в значительной мере зависят от расстройств кровообращения (гиперемия, застой крови и т.п.).

Для второго (надорганного) этапа характерно появление реперкуSSIONных (отражённых) болей в верхних отделах живота. В ряде наблюдений болевые ощущения окончательно переходят в верхние отделы живота. Таким образом, происходит формирование вторичного очага раздражения в одном из паравертебральных узлов. При исчезновении видимой связи болевого синдрома с половым аппаратом объяснить эти боли обычно бывает очень трудно, и это нередко приводит к диагностическим ошибкам.

Для третьего (полисистемного) этапа заболевания характерно распространение трофических расстройств как бы в восходящем направлении, с широким вовлечением в патологический процесс различных отделов нервной системы. При этом, как правило, возникают нарушения менструальной, секреторной и половой функций, кишечные расстройства, изменения обмена веществ. Тазовая боль становится интенсивнее, что делает крайне сложной или практически невозможной диагностику заболевания. На этой стадии

патологический процесс приобретает полисистемный характер, окончательно исчезает его нозологическая специфичность.

6. Клиническая характеристика хронической тазовой боли

Боль внизу живота, с одной стороны, может быть симптомом какого-либо гинекологического, соматического или психического заболевания, с другой — иметь вполне самостоятельное, нозологическое значение, быть важнейшей составляющей синдрома тазовой боли.

При синдроме хронической тазовой боли практически любого генеза женщины, как правило, предъявляют жалобы на повышенную раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности, потерю интереса к окружающему миру («уход больного в боль»), подавленное настроение, вплоть до развития депрессивных и ипохондрических реакций, которые, в свою очередь, усугубляют патологическую болевую реакцию. Происходит формирование своеобразного «порочного круга»: боль — социальная дезадаптация — психоэмоциональные нарушения — боль. Хронизация боли, как правило, возникает у лиц определённого склада: ипохондрически настроенных, тревожных, мнительных.

7. Дифференциально-диагностические мероприятия при боли внизу живота

Анамнез

Ключевое значение для дифференциально-диагностического поиска причин боли внизу живота у женщин имеет грамотно собранный анамнез. История настоящего заболевания, семейный и социальный анамнез, а также подробные сведения (включая данные медицинских документов) о состоянии основных систем организма женщины позволяют предположить наиболее вероятный генез болевого синдрома и исходя из этого разработать индивидуальный план обследования пациентки.

С особой тщательностью следует зафиксировать основные жалобы женщины. При этом жалобы, как правило, бывают достаточно разнообразны. Нередко пациентка не в состоянии точно указать локализацию боли, отмечая довольно обширный участок: от гипо до эпигастральной области. Однако конкретизация топографии боли имеет принципиальное значение.

Боли, локализованные по средней линии живота несколько выше лонного сочленения или непосредственно за ним, в основном характерны для хронических воспалительных заболеваний и опухолей матки, мочевого пузыря, прямой кишки, а также для внутреннего эндометриоза II–III стадии распространения. Значительно реже такие боли возникают при аномалиях развития матки, симфизииолизе, нераспознанных пупочных грыжах или послеоперационных грыжах белой линии живота.

Тазовая боль в правой и левой подвздошных областях нередко бывает основным, а иногда и единственным симптомом хронического воспаления придатков матки, наружного генитального эндометриоза, травматического повреждения широких связок матки (синдром Аллена–Мастерса), доброкачественных и злокачественных опухолей внутренних половых органов.

Боли, преимущественно проецирующиеся на нижние квадранты живота справа или слева, наблюдают при функциональных или органических заболеваниях ЖКТ (неспецифические колиты, синдром раздражённой кишки, дивертикулёзы и дивертикулиты, болезнь Крона, атония слепой кишки, новообразования), органов мочевой системы (гидроуретеронефроз, уретеролитиаз, хронический уретерит и др.), а также при поражении забрюшинных лимфатических узлов (лимфосаркома, висцеральная форма лимфогранулематоза) и заболеваниях селезёнки (хронический миелолейкоз). В целом для упрощения диагностического поиска можно условно предположить, что тазовая боль, локализованная ниже линии, соединяющей ости подвздошных костей и пупок, как правило, указывает на заболевания внутренних половых органов, а выше этой линии — на поражение кишечника, почек и т.д.

Хронические тазовые боли с эпицентром в пояснично-крестцовой области наиболее часто связаны с приобретёнными заболеваниями скелета травматического, воспалительного, дегенеративного или опухолевого генеза. Несколько реже — с врождёнными аномалиями его развития (незаращение дужки позвонка, спондилолиз, люмбализация, сакрализация и др.). Аналогичную по локализации боль нередко наблюдают при дисменорее, в том числе обусловленной генитальным эндометриозом. Боль может возникать и при так называемой половой неврастении, которая чаще обусловлена застойной гиперемией тазовых органов, например под влиянием длительно практикуемой мастурбации или прерванного полового сношения (раздражение висцеральных нервов). Однако односторонняя боль в крестце в подавляющем большинстве случаев свидетельствует против её генитального происхождения.

Среди многообразия экстрагенитальных причин развития хронических болей в пояснично-крестцовой области нельзя не упомянуть почечные заболевания (хронический пиелонефрит, гидронефроз, нефроптоз), стриктуры мочеточников травматического, воспалительного или опухолевого генеза, а также врождённые или приобретённые заболевания сигмовидной и прямой кишки (сигмаптоз, мегасигма, расширение прямой кишки, геморрой и др.).

Боль в области копчика — кокцигодия чаще бывает следствием травматического повреждения самого копчика (периостит, артрит крестцовокопчикового сочленения,

анкилоз сочленения, вывих копчика), реже имеет отражённый характер. В последнем случае кокцигодиния может быть симптомом параметрита, ретроцервикального эндометриоза или эндометриоза крестцовоматочных связок. Нередко жестокие боли в области копчика отмечают при запущенных формах рака прямой кишки и шейки матки.

Проводя дифференциальнодиагностический поиск, необходимо также учитывать факторы, провоцирующие усугубление болевой симптоматики.

При заболеваниях опорнодвигательного аппарата таковыми чаще всего бывают статическая или динамическая физическая нагрузка, при поражении мочевой системы — переохлаждение или погрешности в диете (солёная острая пища и др.). Последний фактор считают решающим и при заболеваниях ЖКТ.

Появление или усиление болевых ощущений во второй фазе менструального цикла, обычно за 3–7 дней до ожидаемой менструации, традиционно ассоциируют с генитальным эндометриозом. Усугубление болевой симптоматики во второй фазе менструального цикла может быть также одним из наиболее ярких клинических проявлений ПМС или варикозного расширения вен малого таза. В последнем случае интенсивность тазовой боли зависит не только от дня менструального цикла, но и от времени суток: нарастая к вечеру, она постепенно уменьшается или полностью купируется после относительно продолжительного отдыха в горизонтальном положении.

Появление или усугубление тазовой боли во время менструации — дисменорея наиболее характерна для гинекологических заболеваний, в частности для аденомиоза, первичной альгодисменореи, аномалий положения и развития матки, хронического эндометрита.

Нарастание болевой симптоматики в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла наиболее характерно для обострения хронического воспаления придатков матки. Как правило, параллельно с усилением тазовой боли возникают симптомы, свидетельствующие об активации воспалительного процесса (повышение температуры тела, бели и т.д.).

Среди гинекологических заболеваний, сопровождающихся болевыми ощущениями, особое место занимает так называемый межменструальный болевой синдром, или синдром срединных болей. При этом синдроме боли различной интенсивности и продолжительности возникают периодически (чаще ежемесячно) на 13–15й день менструального цикла и сопровождаются выраженными психовегетативными расстройствами. Часто межменструальный болевой синдром сопряжён с различными гинекологическими заболеваниями (хроническое воспаление матки и её придатков, генитальный эндометриоз, функциональные кисты яичников, варикозное расширение вен малого таза), т.е. имеет под собой конкретную органическую основу. Однако дебют болевой симптоматики и

последующей её стабилизации обычно предшествуют разнообразные стрессогенные ситуации: от банального переохлаждения до тяжёлых психических травм.

Ещё одной разновидностью, а в ряде случаев и неотъемлемой составляющей синдрома хронической тазовой боли считают диспареунию. Чаще всего этот симптом наблюдают у больных наружным генитальным эндометриозом при расположении гетеротопий на крестцовоматочных связках или в позадишеечном пространстве. Несколько реже диспареунию выявляют при фиксированной ретродевиации матки, хроническом сальпингоофорите, спаечном процессе в малом тазу практически любого генеза.

Необходимо уточнить не только факторы, провоцирующие усиление тазовой боли, но и тщательно оценить эффективность предшествующего лечения. Прогестагенные препараты значительно ослабляют тазовую боль при генитальном эндометриозе, первичной альгодисменорее, ПМС. Ограничение статической нагрузки может быть эффективным не только при заболеваниях опорнодвигательного аппарата, но и при варикозном расширении вен малого таза, травматическом повреждении широких связок матки (синдром Аллена–Мастерса), несостоятельности мышц тазового дна. Применение курсового физиотерапевтического лечения (диадинамические, флуктуирующие, синусоидально модулированные токи) наиболее результативно у пациенток с симптомом хронической тазовой боли воспалительного генеза, в том числе при сопутствующем спаечном процессе и нарушении гемодинамики в сосудах малого таза. Однако при классическом синдроме хронической тазовой боли физиотерапевтические процедуры чаще оказывают противоположное действие, усугубляя исходную болевую симптоматику.

В повседневной практике при обследовании данного контингента пациенток наибольшее распространение получили визуальноаналоговые шкалы, позволяющие путём сопоставления изучить динамику болевого симптома в определённом интервале времени или в процессе какого-либо лечения. Также используют специально разработанные анкеты, с помощью которых можно получить представление не только об интенсивности тазовой боли, но и о степени субъективности в её оценке.

Физикальное исследование

Обычно физикальное исследование начинают с осмотра и поверхностной пальпации живота, акцентируя внимание на появлении болезненных ощущений, связанных с гиперестезией брюшных покровов. Она может зависеть от различных причин, в частности от органических изменений в самой коже или более глубоких слоях передней брюшной стенки (невролипомы, десмоидные опухоли брюшной стенки, разрывы мышц и пр.). Легче всего повышенную чувствительность выявить путём пощипывания кожи. Для исследования гиперестезии глубоких слоёв можно использовать следующий приём: врач

пальцем кладёт руку на соответствующий участок брюшной стенки, после чего производит лёгкое, обычно почти безболезненное надавливание. Затем пациентке предлагают быстро поднять верхнюю половину туловища. При происходящем в этот момент сокращении брюшной мускулатуры лёгкое давление руки может вызвать сильную боль.

Для исключения нераспознанных паховых, пупочных или эпигастральных грыж обследование пациентки проводят как в положении стоя, так и лёжа. При кашле, натуживании обычно можно определить расширение грыжевых ворот или выявить повышенную чувствительность при пальпации соответствующих участков передней брюшной стенки. Применение специальных методов гинекологического обследования (осмотр наружных половых органов, исследование шейки матки и влагалища с помощью зеркал, бимануальное влагалищное и/или ректовагинальное исследование) позволяет выделить две основные группы больных.

Первую из них составляют женщины, у которых уже на этом этапе обследования могут быть диагностированы различные гинекологические заболевания, способные сами по себе или в сочетании привести к возникновению и прогрессированию синдрома хронической тазовой боли с последующим воздействием аллогенного очага на психическую и соматическую сферу.

Вторая группа включает в себя больных, у которых визуально определяемые или пальпируемые патологические изменения наружных и внутренних половых органов отсутствуют вообще или выражены столь незначительно, что их не рассматривают как причину хронической тазовой боли. Отсутствие у этих женщин психических нарушений или какихлибо экстрагенитальных заболеваний, протекающих с выраженной болевой симптоматикой, позволяет предположить развитие своеобразного состояния, при котором боль приобретает нозологическое звучание, т.е. по сути сама становится болезнью.

Однако это предположение требует обязательного клиниколабораторного, инструментального и в ряде случаев патоморфологического подтверждения.

Лабораторно-инструментальные методы исследования

Для уточнения или верификации генеза хронической тазовой боли используют комплекс клиниколабораторных и аппаратноинструментальных методов исследования, обязательными составляющими которого считают:

лабораторное исследование на герпетическую инфекцию, более других связанную с развитием тазовых ганглионевритов;

УЗИ органов малого таза (скрининг для исключения органических заболеваний внутренних половых органов и мочевыделительной системы);

рентгенологическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза;

абсорбционную денситометрию для исключения остеопороза;

рентгенологическое (ирригоскопия) или эндоскопическое (ректороманоскопия, колоноскопия, цистоскопия) исследование ЖКТ и мочевого пузыря;

лапароскопию.

Необходимо особо выделить лапароскопию, подчеркнув обоснованность и целесообразность её проведения всем женщинам, страдающим хронической тазовой болью. Причина этой исключительности состоит в том, что лапароскопию считают необходимым этапом диагностики перитонеального эндометриоза, синдрома Аллена–Мастерса, хронического воспаления придатков матки, спаечного процесса в брюшной полости и полости таза, варикозного расширения вен малого таза, т.е. тех заболеваний, которые, согласно статистическим исследованиям, занимают ведущие позиции в структуре причин хронической тазовой боли.

В настоящее время лапароскопия позволяет выявить все основные причины болевых ощущений в малом тазу. Если причину хронической тазовой боли выявить всё же не удаётся (приблизительно в 1,5% случаев), то применительно к таким ситуациям в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (ВОЗ, Женева, 1997 г.) предусмотрена рубрикация «боль без видимой причины», которая даёт основания к проведению симптоматической терапии.

8. Лечение хронической тазовой боли

Лечение пациенток с хронической тазовой болью требует комплексного подхода. Обычно длительность болевого анамнеза пропорциональна количеству испробованных способов и методов лечения, а также нигилизму пациентки по отношению к медицине вообще и конкретным врачам в частности. В этой связи к составлению плана обследования и лечения больной необходимо привлечь специалистов различного профиля: терапевта, уролога, невролога, физиотерапевта и, возможно, психоневролога. Коллегиальность уменьшает вероятность конфронтации между пациенткой и врачом, а следовательно, повышает шансы на успех лечения.

В целом лечение синдрома хронической тазовой боли должно быть основано на следующих основных принципах:

- необходимо помочь больной понять причину боли и, по возможности, конкретизировать факторы, которые приводят к обострению;
- лучше свести к рациональному минимуму число используемых фармакологических средств, исключив лишние и неэффективные. При этом нужно максимально упростить

схемы лечения, постепенно уменьшая дозы препаратов до величины, когда можно достичь выраженного благоприятного воздействия с минимальными побочными эффектами;

- необходимо как можно раньше и шире использовать методы восстановительной терапии, направленные на коррекцию личностных факторов, мешающих устранению боли, увеличение функциональных возможностей женского организма, повышение качества жизни.

Таблица 1: Основные принципы и методы лечения при хронической тазовой боли

Вид лечения	Цель лечения	Методы лечебного воздействия
Этиотропное	Устранение (прекращение действия) причины болевых ощущений	Антибактериальная, противовирусная, противогрибковая терапия при хронических воспалительных заболеваниях половых органов. Хирургическое (традиционное, эндоскопическое) лечение при опухолях половых органов, спаечном процессе, наружном и внутреннем эндометриозе, аномалиях развития и неправильных положениях половых органов и пр. Эндоваскулярное и эндохирургическое лечение варикозного расширения вен малого таза. Приём НПВС и спазмолитиков при альгодисменорее
Патогенетическое	Нормализация локальных биохимических процессов в тканях, окружающих болевой рецептор	ЗГТ (гормонотерапия при наружном генитальном эндометриозе) Антиоксидантная терапия, витаминотерапия, энзимотерапия. Физиотерапия (переменное магнитное поле и пр.) Приём НПВС при наружном генитальном эндометриозе и воспалительных заболеваниях половых органов. Приём препаратов, нормализующих микроциркуляцию в тканях
	Предотвращение (уменьшение интенсивности) поступления патологической импульсации в ЦНС	Блокада, алкоголизация нервных проводников. Элементы нейрохирургических вмешательств (например, парацервикальная денервация матки, пресакральная невротомия при наружном эндометриозе). Иглорефлексотерапия
	Восстановление баланса активирующих и тормозных процессов в ЦНС, воздействие на систему антиноцицепции. Предотвращение развития невротических реакций, вегетокоррекция	Психотерапия, суггестивная терапия. Седативная терапия. Применение препаратов с вегетокорригирующим эффектом. Иглорефлексотерапия

9. Список используемой литературы

1. Гинекология-национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009 г.
2. Руководство по оперативной гинекологии; руководство/ В. И. Кулаков и др. - М.: Мед.информ. агентство", 2006.-640 с.
3. Айламазян, Э. К. Гинекология : учебник / Э. К. Айламазян. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб : СпецЛит, 2013. - 415 с.
4. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород. : НГМА, 2003. – 180 с.
5. Гинекология \ под. Ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 431 с.