

МОНИТОРИНГОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Камилджанова Гулмирахон Исроилжон кизи
Наджмитдинова Дилбархон Абдуллажон кизи

Андижанский государственный медицинский институт

Ключевые слова: боль, синдром тазовой боли, поиорганные дисфункции.

Аннотация. Хронические тазовые боли (ХТБ) являются одной из наиболее распространенных проблем у женщин, особенно у тех, кто страдает гинекологическими заболеваниями. Это состояние может значительно снизить качество жизни, повлиять на физическое и психическое благополучие, и поэтому требует внимания и комплексного подхода в диагностике и лечении.

MONITORING OF CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN WITH GYNECOLOGICAL DISEASES

Kamildjanova Gulmirakhon Isroiljon kizi
Najmitdinova Dilbarkhon Abdullajon kizi

Andijan State Medical Institute

Key words: pain, pelvic pain syndrome, organ dysfunction.

Annotation. Chronic pelvic pain (CPP) is one of the most common problems in women, especially those who suffer from gynecological diseases. This condition can significantly reduce quality of life and affect physical and mental well-being, and therefore requires attention and an integrated approach to diagnosis and treatment.

Многие случаи ХТБ имеют гинекологическую причину. Это могут быть эндометриоз, воспалительные заболевания тазовых органов, кисты яичников, аденомиоз и другие патологии. При этом, симптомы могут быть разнообразными и могут перекрываться с другими заболеваниями или проблемами, что делает диагностику и лечение сложными задачами[1,3]. В основе развития синдрома тазовой боли лежат воспалительные процессы в

малом тазу. Метаболические, дистрофические и гемодинамические изменения в тканях провоцируют дисбаланс между веществами, которые активируют и подавляют воспаление. В результате этого в периферических нервных окончаниях симпатической нервной системы развиваются стойкие функциональные нарушения. В результате этого в центральную нервную систему посылается чрезмерное количество патологических импульсов [2]. В спинном мозге также происходят нарушения, повышается чувствительность структур. Любые, даже неболевые импульсы, начинают восприниматься, как болевые. Центральная нервная система неправильно на них реагирует, поддерживая застойные явления в малом тазу. В результате периферические нервные волокна претерпевают еще большие изменения. По сути, возникает замкнутый круг, который состоит из неадекватных нервных импульсов и неадекватных ответов на них [1,3,4].

Ученые заявляют, что синдром хронической тазовой боли у женщин и мужчин развивается при сочетании иммунных, неврологических и эндокринных дисфункций с психологическими факторами. Однако в преимуществе случаев предпосылкой для развития заболевания являются реальные патологии внутренних органов. Причинами ХТБ у женщин являются: 1. Спайки. Воспалительные изменения нередко запускают разрастание соединительной ткани между органами. Боли являются следствием натяжения тканей и микроциркуляторных нарушений. 2. Неоплазии. Объемные новообразования способны сдавливать окружающие органы, что проявляется болями без определенной локализации. 3. Эндометриоз. Эндометриозные очаги образуются в области репродуктивных органов и вне гениталий. Циклическое отторжение клеток провоцирует постоянное воспаление. 4. Варикозное расширение вен. Чрезмерное переполнение сосудов может стать причиной неадекватной стимуляции нервных окончаний.

Цель обзора: рассмотреть основные причины возникновения синдрома хронической тазовой боли (ХТБ), описать критерии объективной оценки ХТБ и эффективный алгоритм персонифицированного подхода к терапии.

Триадой ХТБ называют совокупность трех клинических проявлений [6,7].

1. Диспареуния. Боли во время коитуса чаще всего наблюдают у больных наружным генитальным эндометриозом при расположении гетеротопий на крестцово-маточных связках или в позадишеечном пространстве, несколько реже — при фиксированной ретродевиации матки, хроническом сальпингоофорите, любом спаечном процессе в малом тазу. Характерно, что при спайках после прекращения полового акта по причине диспареунии боль самостоятельно купируется (что отличает эту разновидность от диспареунии

при тазовом венозном полнокровии).

2. Дисхезия. Нарушение акта дефекации из-за дискоординации работы мышц тазового дна и анальных сфинктеров характерна для глубокого инфильтративного эндометриоза, эндометриоза влагалища и шейки матки, обширного спаечного процесса в малом тазу.

3. Дизурия. Нарушение мочеиспускания — чаще всего признак наружного и внутреннего генитального эндометриоза или интерстициального цистита [7,9].

Шкала оценки качества боли (Pain Quality Assessment Scale) является более деликатным инструментом, позволяющим дифференцировать ноцицептивные и нейропатические болевые состояния [6,8].

Гинекологическое обследование позволяет предположительно отнести пациентку к одной из двух групп: к тем, у кого ХТБ вызвана заболеваниями гинекологической природы, или к тем, у кого болевой синдром имеет какой-либо другой генез. Выполняют осмотр наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, проводят бимануальное гинекологическое или ректовагинальное обследование. Инструментальные методы необходимы для верификации и уточнения диагноза [4, 7]: УЗИ органов малого таза, МРТ, КТ, денситометрия — для исключения остеопороза позвоночника, рентгенологические (ирригоскопия, колоноскопия) и эндоскопические методы (цистоскопия, уретроцистоскопия, гистероскопия), диагностическая лапароскопия [9]. Наиболее важный аспект помощи пациенткам с ХТБ — полноценная дифференциальная диагностика, поскольку от правильности установленного диагноза принципиально зависит тактика терапии [7, 9].

Цель лечения тазовой боли — подавить гиперактивность ноцицептивных нейронов, разрушив генераторы патологически усиленного возбуждения, что может обеспечить частичную или полную ликвидацию патогенной алгической системы.

Заключение. Хронические тазовые боли у женщин с гинекологическими заболеваниями - это сложное состояние, требующее индивидуального подхода и комплексного обследования. Мониторинговое наблюдение играет ключевую роль в успешной диагностике и лечении, позволяя эффективно управлять симптомами, улучшить качество жизни и предотвратить возможные осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. International Pelvic Pain Society (IPPS). URL: <http://pelvicpain.org/home.aspx> (дата обращения — 15.01.2019).
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е., ред.

- Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 1136 с.
3. Радзинский В.Е., Аляутдин Р.Н., ред. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак. Клиническая фармакология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 672 с.
 4. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б., ред. Гинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017: 417-29.
 5. Гус А.И., Хамошина М.Б., Черепанова М.А., Бачурина С.М., Семендяев А.А., Ступин Д.А. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин. Новосибирск: Наука; 2014. 136 с.
 6. Сафиуллина Г.И., Исхакова А.Ш. Медико-социальные аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. Общественное здоровье и здравоохранение. 2014; 1: 60-5.
 7. Оразов М.Р., Симоновская Х.Ю., Рябинкина Т.С.; Радзинский В.Е., ред. Хронический тазовый болевой синдром. От нового в понимании этиопатогенеза к новому в диагностике и терапии. Клиническая лекция. М.: Редакция журнала Status Praesens; 2016. 24 с
 8. Адамян Л.В., Шаров М.Н., Сонова М.М., Ласкевич А.В., Пономарев А.П. Новый взгляд на хроническую тазовую боль в гинекологической практике. Эффективная фармакотерапия. 2013; 3(32): 24-9.
 9. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2016; 2(12): 82-94