

© Польова С.П.

УДК 618.52-07-08

ХРОНІЧНИЙ ТАЗОВИЙ БІЛЬ У ЖІНОК: НОВІТНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

С.П.Польова

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько) Буковинської державної медичної академії

Синдром хронічного тазового болю (ХТБ) залишається актуальною проблемою в гінекології [1, 2]. Він може бути зумовлений різними чинниками і переважно супроводжує такі захворювання, як генітальний ендометріоз, аденоміоз, пухлини придатків, хронічний сальпінгоофорит, синдром Алена-Мастерса, тривалу безплідність. ХТБ призводить до втрати працездатності, виражених психосоматичних розладів у пацієток (дратівливість, стомлюваність, головний біль) [3-5]. Методи діагностики, які ґрунтуються на клінічних та ультразвукових даних, не визначальні, що призводить до необґрунтованого діагнозу та хибного лікування пацієток [6, 7]. Тому з'ясування етіології ХТБ є необхідним для призначення етіотропного лікування.

Мета дослідження. Вивчити роль лапароскопії в діагностиці хронічного тазового болю у жінок і розробити раціональне етіотропне лікування.

Матеріал і методи. Обстежено 16 пацієток віком від 18 до 45 років, які страждали на тазовий біль протягом 2-7 років. Вивчали скарги, анамнез, стан статеві системи. Проводили загальноклінічне та спеціальне обстеження.

Ультразвукове дослідження органів малого таза в жінок проводили за допомогою вагінального та трансабдомінального датчика апарату "Аloka SSD-1100" (Японія). Лапароскопію та гістероскопію виконували за загальноприйнятою методикою з використанням лапароскопічного обладнання фірми „Karl Storz" (Німеччина). У всіх випадках проведено гістологічне дослідження матеріалу, що отримали під час оперативного втручання.

Результати дослідження та їх обговорення. Скарги на біль різноманітного характеру мали місце у всіх пацієток. Типовим був біль внизу живота та попереково-крижовій ділянці, переважно з іррадіацією у

пряму кишку – 13 (81,2%) та промежину – 3 (18,8%). У 9 пацієток (59,6%) біль мав циклічний характер, посилювався напередодні та під час місячних. Порушення менструації спостерігалися в 11 (64,5%) хворих, із них альгодисменорея мала місце у 7 (43,8%), гіперполіменорея – у 4 (29,0%). Первинна безплідність виявлена у 6 (27,4%) пацієток, вторинна – у 3 (21,3%).

Під час УЗД у 8 (50,0%) пацієток виявлено пухлини жіночих статевих органів. У 6 пацієток мали місце оперативні втручання на жіночих статевих органах та органах черевної порожнини.

За результатами лапароскопічних та гістероскопічних втручань встановили таку структуру патології у пацієток:

- післяопераційний спайковий процес II-IV стадії діагностовано у 3 пацієток з лапаротомією в анамнезі після апендектомії та позаматкової вагітності;

- зовнішній ендометріоз I-IV ступеня діагностовано у 6 (27,4%) хворих, із них у 4 (25%) виявлено ендометріодні кісти яєчника та у 2 – дермоїдні кісти;

- аденоміоз у поєднанні із зовнішнім ендометріозом виявлено у двох пацієток, а в однієї (6,25%) – синдром Ашермана з ендометріозом;

- хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів (в тому числі гідросальпінкс, піосальпінкс) виявлено в трьох хворих;

- в однієї пацієтки під час лапароскопічного втручання патології органів малого таза не виявлено, проте гістероскопічно виявлено залишки хребта плода після невдалого переривання вагітності, як причини вторинної безплідності.

Результати лапароскопічних втручань показали, що больовий синдром у 13 (81,2%) пацієнток визначався одним фактором, у 3 (18,7%) зумовлений кількома факторами.

Обсяг оперативного втручання визначався виявленою патологією і включав: видалення ендометріюїдних кіст, тубооваріальних утворень, коагуляцію джерел ендометріозу та розсічення спайок у черевній порожнині. Гістероскопічно розсікали синехії в порожнині матки, вводили ВМС, видаляли сторонні тіла, за необхідності брали ендометрій на гістологічне дослідження.

Пацієнткам із діагностованим ендометріозом призначали гормональну терапію терміном від 3 до 6 місяців. При поєднаній патології із запальними захворюваннями геніталій до комплексного лікування додавали протизапальне та фізіотерапевтичне лікування. Лікування і профілактика спайкового процесу полягали в реконструктивно-пластичних втручаннях, ранньому активному режимі і фізіотерапевтичних методах у ранньому та пізньому післяопераційному

періодах. Пацієнтки з вираженим астено-невротичним синдромом в реабілітаційному періоді отримували вітамінотерапію, вегетомодулюючі засоби та препарати з антистресовою дією.

При диспансерному нагляді позитивний ефект спостерігався у всіх пацієнток.

Висновки. 1. Діагностична лапароскопія та гістероскопія дозволяють швидко виявити захворювання, які призводять до хронічного тазового болю. 2. Оперативна лапароскопія дозволяє не тільки верифікувати діагноз у пацієнток, але й провести хірургічну корекцію, лікування виявленої патології, призначити етіотропну терапію хворим та знизити подальші ускладнення репродуктивної функції жінок.

Перспективи наукового пошуку. Діагностика та лікування тазового болю потребують швидкого впровадження в практичну гінекологію лапароскопії та розробки нових схем комплексного лікування гінекологічних хворих із застосуванням реабілітаційних заходів.

Література

1. Волянська А.Г., Лунько Т.А. Лапароскопія в діагностиці і лікуванні хворих із синдромом хронічного тазового болю // *Одеський мед. ж.* – 2001. – № 2 (64). – С. 56-58.
2. Поворознюк В.В., Бондаренко О.В. Синдром болю у жінок різного віку // *Вісн. Ас. акуш.-гін. України.* – 1999. – № 3. – С. 4-6.
3. Мозговий Ю.С., Попова Л.М., Захаренко І.Л. Лапароскопія в розв'язанні проблеми хронічного тазового болю у жінок // *Одеський мед. ж.* – 2001. – № 2 (64). – С. 75-77.
4. Стрижасов А.Н., Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Качество жизни больных с наружным генитальным эндометриозом и синдромом хронической тазовой боли при применении гормональной терапии: проблемы и перспективы изучения // *Вестн. хирургії.* – 2000. – № 1. – С. 87-89.
5. Smith C.B. Гострий тазовий біль у жінок // *Мед. світу.* – 1999. – Т. 7. – № 3. – С. 472-475.
6. Запорожан В.М. Эндохирургия в гинекологии // *Ж. АМН України.* – 1999. – Т. 5. – № 2. – С. 44-52.
7. Steege J.F. Chronic pelvic pain: what constitutes evidence? // *Am. Ass. of Gynecol. Laparoskop.* – 2000. – V. 7. – № 4. – P. 443-446.

ХРОНІЧНИЙ ТАЗОВИЙ БІЛЬ У ЖІНОК: НОВІТНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

С.П.Польова

Резюме. Проаналізовано результати лапароскопічного та гістероскопічного лікування 16 хворих з хронічним тазовим болем. Своєчасно виконана лапароскопія та гістероскопія дозволяють встановити причину тазового болю, виробити адекватну терапію та реабілітаційні заходи.

Ключові слова: лапароскопія, гістероскопія, хронічний тазовий біль.

CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN: NEW METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT

S.P.Poliyova

Abstract. The results of laparoscopic and hysteroscopic treatment of 16 patients with chronic pelvic pain have been analyzed. Timely performed laparoscopy and hysteroscopy have made it possible to ascertain the cause of the pelvic pain and institute adequate therapy and rehabilitation measures.

Key words: laparoscopy, hysteroscopy, chronic pelvic pain.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 10.12.2003 р.