

Синдром хронічного тазового болю у жінок

В.І. Черепова, Л.В. Снопкова, Л.І. Кандиба, І.М. Сикал

Харківська медична академія післядипломної освіти

Хронічний тазовий біль – складна медична категорія, яка включає патологічні стани в нижніх відділах живота, таза, у паховій та поперековій ділянках, у сідниці та промежині, триває більше 6 міс і порушує загальний стан жінки.

Хронічний тазовий біль, спричинений різними чинниками, пригнічує інші види чутливості, підтримує тривалі негативні емоції, психологічне навантаження і стрес. Тривалий стрес відображається на роботі всіх органів і систем. Клінічними проявами впливу стресу на репродуктивне здоров'я та фертильність є порушення оваріально-менструального циклу та безпліддя.

Часто хронічний тазовий біль не пов'язаний з ушкодженням тканин і органів малого таза, а виникає за рахунок складних механізмів багатьох структур нервової системи – від периферійних рецепторів до вищих центрів головного мозку.

Більшості жінок з хронічним тазовим болем незважаючи на сучасні методи діагностики не встановлено етіологічного діагнозу. Тому протягом останніх 20 років синдром хронічного тазового болю визначено як самостійну нозологічну одиницю.

Біль – це суб'єктивне відчуття, яке може бути виміряне суб'єктивно. Найбільш поширеними методами оцінювання больових відчуттів є: шкали оцінки болю від «0» – відсутність болю, до «10» – має важкий ступінь болю, візуальна аналогова шкала (ВАШ) – лінія довжиною 10 см з нанесеними значеннями, а також словесна оціночна шкала, в якій виділяють 4 ступеня болю: 1 – відсутність болю, 2 – гострий біль, 3 – незначний біль, 4 – тяжкий біль. Велике значення

у деталізації больового синдрому має анамнез захворювання. Причини хронічного тазового болю можуть бути розподілені на генітальні та екстрагенітальні.

I. Генітальні:

- хронічний ендометрит;
- хронічний сальпінгоофорит;
- хронічний пельвіоперитоніт (спайковий процес у малому тазу);
- ендометріоз (внутрішній, зовнішній);
- аномалії розвитку матки.

II. Екстрагенітальні:

- ендометріоз (очеревини, кишечника, промежини)
- хронічні захворювання кишечника;
- захворювання кістково-м'язового апарату малого таза;
- рецидивна герпетична інфекція;
- варикози і тромбози у ділянці малого таза.

Для визначення можливих причин хронічного болю окрім суб'єктивного оцінювання використовують об'єктивні методи діагностики: клінічні, біохімічні, гормональні, вірусологічні дослідження крові, ультразвукові, доплерометричні, рентгенологічні, томографічні, лапароскопічні дослідження органів малого таза.

Методи лікування – хірургічні, медикаментозні, фізіотерапевтичні – залежать від причин появи хронічного тазового болю. Але й повний комплекс лікувальних засобів не завжди дозволяє досягнути одужання хворих, які потребують комплексного і тривалого лікування.

Особливості комплексної діагностики раку прямої кишки

А.В. Чернобай¹, Л.М. Васько¹, І.Є. Кривякова²

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

²Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

Аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури свідчить про повсюдне зростання частоти раку прямої кишки (РПК), який посідає 5-е місце в структурі онкологічної захворюваності в Україні. Прогноз захворювання значно покращується, якщо лікування проводять на ранніх стадіях. Тому надзвичайно актуальними постають питання своєчасного виявлення РПК лікарями сімейної медицини на етапі первинної медичної допомоги та направлення пацієнтів у спеціалізовані лікувальні заклади для проведення уточнювальної діагностики.

Метою нашого дослідження стало вивчення можливостей променевої діагностики РПК. До уваги було взято 38 хворих на місцево поширений РПК (26 чоловіків та 12 жінок), яких обстежували та лікували у Полтавському обласному клінічному онкологічному диспансері. Гістологічно у 97,9% це були аденокарциноми різного ступеня диференціювання. Усім хворим було проведено пальцеве дослідження, ректороманоскопію (РМС), іригоскопію з одномоментним подвійним контрастуванням, УЗД із застосуванням трансректального датчика (ТРУЗД) та спіральну комп'ютерну томографію (СКТ). У результаті пальцевого дослідження у 32 хворих було виявлено пухлинне утворення, його локалізація, рухливість, ступінь звуження

просвіту кишки. У 6 хворих пухлини локалізувались у верхньо-ампулярному відділі і були не досяжні пальцевому обстеженню. Візуалізувати пухлини, локалізовані у всіх відділах прямої кишки, разом з можливістю проведення біопсій дозволяє проведення РМС. При виконанні іригоскопії оцінювали локалізацію, тип росту пухлини та протяжність ураження по довжині кишки. Але ця методика не дає можливості визначити поширення процесу за межі стінки кишки та діагностувати регіонарні та віддалені метастази. Для вирішення цих завдань всім хворим було проведено СКТ. Під час аналізу результатів СКТ у 14 хворих було виявлено проростання пухлини в параректальну клітковину, у 12 – збільшені регіонарні лімфатичні вузли. Диференціювання шарів стінки кишки та візуалізацію пухлинної інвазії в стінці проводили за допомогою ТРУЗД. Слід відзначити високу інформативність цього методу, простоту виконання, неінвазивність та відсутність променевого навантаження.

Таким чином, діагноз РПК у повсякденній практиці встановлюють на основі комплексного застосування променевої та ендоскопічних методик. В якості уточнювальної діагностики та для стадіювання процесу найбільш інформативним є поєднання ТРУЗД та СКТ.