



DOI: 10.31636/pmju.v4i2.5

Гострий тазовий біль у дівчат. Сучасний погляд на проблему

Коноплицький В. С., Коробко Ю. Є.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Резюме. Стаття присвячена основним причинам формування синдрому тазового болю у дівчат, змальовано деякі етіологічні чинники механізму його формування. Особливий аналіз присвячено важливості диференціації хірургічної та гінекологічної патології у формуванні синдрому тазового болю у дівчат різного віку. Визначена важливість апендикулярно-генітального синдрому у збереженні репродуктивного здоров'я зростаючого покоління. Запропоновано патогенетично обґрунтований покроковий алгоритм діагностично-лікувальних заходів на основі мультидисциплінарного підходу до патології.

Ключові слова: синдром гострого тазового болю, дівчата, апендикулярно-генітальний синдром, мультидисциплінарний підхід.

Згідно з визначенням Міжнародної асоціації болю, "...біль – це неприємні відчуття та емоційні переживання, поєднані з існуючим або потенційним тканинним пошкодженням, яке визначається термінами такого пошкодження".

Не викликає сумніву той факт, що такого терміну, як "тазовий біль", без додаткового описання інших ознак патології, недостатньо для оптимального диференційного пошуку. Тому нині у медичних колах спостерігаються зміни в підходах до патогенезу, діагностики та лікування гострих захворювань тазових органів.

Виходячи із сучасних мультидисциплінарних поглядів, синдром тазового болю – це діагноз, який, у свою чергу, ввібрав у себе багато інших симптомів, оскільки тазові органи являють собою єдиний комплекс, мають спільну аферентну й еферентну іннервацію, кровопостачання та м'язово-зв'язковий апарат. Такий підхід

пояснює, чому ураження одного органа часто залучає в патологічний процес інші, як це спостерігається при апендикулярно-генітальному синдромі. А в широкому розумінні йдеться про будь-які больові відчуття в ділянці таза у дівчат, або прояви дискомфорту, які з ними пов'язані і зв'язок з якими чітко простежується. Синдром гострого тазового болю досить поширений серед жіночого дитячого контингенту в будь-якому віці, що пояснюється насамперед інтенсивним кровопостачанням та іннервацією анатомічних утворень таза.

До тазового болю відноситься такий, що локалізується в нижніх відділах живота, а саме: нижче пупка, в нижній частині спини і крижовому відділі, у промежині, в ділянці зовнішніх статевих органів, піхви, прямої кишки, з можливою іррадіацією по передньо-внутрішній поверхні стегон. Зазвичай пацієнткам важко визначити точну локалізацію болю та відділити його епіцентр від зони іррадіації [5].

Синдром гострого тазового болю може бути окремим симптомом гінекологічного, урологічного, проктологічного, неврологічного, судинного, кістково-м'язового або психічного захворювання, а може набувати самостійного нозологічного значення, будучи при цьому найважливішою ознакою певного патологічного процесу. Цей факт обов'язково повинен враховуватись при формуванні діагностично-лікувального алгоритму. Показовими в цьому сенсі є дані Національного інституту здоров'я США, згідно з якими тазовий біль стає причиною майже 40% лапароскопічних втручань на органах малого таза, однак лише в 30% вдається визначити інфекційно-запальну або іншу вісцеральну причину болю.

При сформованому больовому синдромі в організмі виникають відповідні специфічні патофізіологічні зміни:

Серцево-судинна система. Відбувається підвищення артеріального тиску, тахікардія, збільшення загального периферичного судинного опору, серцевий викид збільшується, але при дисфункції лівого шлуночка може зменшуватися. Зазначені зміни провокуються підвищенням потреби міокарда в кисні, що, у свою чергу, посилює або провокує ішемію міокарда.

Дихальна система. Виникає тахіпноє, збільшуються хвилиний обсяг споживання кисню та вироблення вуглекислого газу. При больових відчуттях під час акту дихання у пацієнта зменшуються амплітуда дихальних рухів, дихальний об'єм і функціональна залишкова ємність легень, що може викликати розвиток ателектазів, внутрішньолегенового шунтування, гіпоксемії та гіповентиляції. Такі ускладнення виникають за рахунок здуття паретичного кишечника, підвищення внутрішньочеревного тиску та високого стояння куполів діафрагми.

Травна і сечовидільна системи. При болю підвищується тонус сфінктерів ШКТ, знижується моторика кишок та сечовивідних шляхів, що зумовлено посиленням активності симпатичної нервової системи і може призвести до непрохідності або гострої затримки сечі. Можливе виникнення стресових виразок внаслідок гіперсекреції шлункового соку.

Нервово-психічний статус пацієнтів. Пацієнт стає тривожним, дратівливим, замикається в собі, розвивається депресія з формуванням порушень сну.

Нейроендокринна система. Збільшується концентрація катаболічних гормонів (катехоламінів, кортизолу, глюкагону) та зниження анаболічних (інсуліну, тестостерону). Підвищення рівня кортизолу в поєднанні зі збільшенням вмісту реніну, альдостерону, ангіотензину та антидіуретичного гормону викликає затримку натрію, рідини і вторинне збільшення обсягу позаклітинного простору.

Кровоносна система. Зміни знаходяться в площині розвитку гіперкоагуляції, що зумовлена підвищенням адгезивності тромбоцитів і пригніченням фібринолізу. При УЗД часто визначається варикозне розширення вен репродуктивних органів малого таза.

Імунна система. Характерне пригнічення імунної системи, яке клінічно проявляється лейкоцитозом та лімфопенією, що відповідно зумовлює підвищення ризику розвитку інфекційних ускладнень.

В. І. Черепова та співавт., (2015), за причинами виникнення розподіляють тазовий біль на дві групи: генітальні та екстрагенітальні [4].

Основні нозологічні форми гінекологічних захворювань у дівчат, при яких основним симптомом є тазовий біль: апоплексія яєчника, овуляторний синдром, пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників з ускладненим перебігом, запальні захворювання внутрішніх статевих органів, перекрут незмінених придатків матки, первинна дисменорея, позаматкова вагітність, загроза переривання вагітності, аборт в ході, деякі форми вроджених аномалій розвитку статевих органів, поранення склепінь піхви, проникаючі поранення черевної порожнини [2, 3].

При цьому однією з важливих екстрагенітальних причин, яка, на жаль, часто випускається з поля зору вузькими спеціалістами, є нейрогенна причина тазового болю, а саме – невралгія статевого нерва, компресія якого у чоловіків та жінок зустрічається у співвідношенні 1 : 3 [6].

Тазовий біль за етіологією поділяється на вісцеральний та соматичний (рис. 1).

При аналізі проявів болю фахівець повинен з'ясувати наступні його характеристики:

- початок;
- умови появи або посилення;
- розвиток (або перебіг);
- міграція;
- локалізація та іррадіація;
- характер;
- інтенсивність;
- тривалість;
- умови полегшення болю.

Аналіз проявів болю повинен бути спрямований на визначення його діагностично значимих характеристик (табл. 1 і табл. 2).

У дітей, на відміну від дорослих, перше місце серед захворювань нижніх відділів черевної порожнини і таза належить гострому апендициту. Також важливе місце в структурі захворювань належить тазовому (апендикулярний, криптогенний) перитоніту, який відповідно супроводжується тазовим болем.

Діагностика та лікування даної гострої патології вимагають від клініциста широких знань і здатності



Рис. 1. Розподіл тазового болю за етіологічними чинниками

Таблиця 1. Діагностично значимі характеристики тазового болю

Ознаки	Гострий, неочікуваний біль	Поступовий початок болю	Повільний початок болю
Початок	Секунди/хвилини	Від кількох годин до кількох днів	Непомітний, від днів до тижнів
Спогади пацієнта про початок болю	З точністю до кількох хвилин	Досить чіткі, в межах годин	Невиразні, від годин до днів
Максимальна інтенсивність	На початку	Через кілька хвилин–годин після початку	Через години–дні після початку
Поведінка пацієнта	Реакція на біль негайна	На початку пацієнт активний	Активність зберігається тривалий час після початку болю

Таблиця 2. Причини болю в нижніх відділах живота

Права здухвинна ділянка		Ліва здухвинна ділянка	
З ознаками подразнення очеревини	Без ознак подразнення очеревини	З ознаками подразнення очеревини	Без ознак подразнення очеревини
Гострий апендицит, розрив маткової труби, перекрути кісти яєчника	Регіонарний ентерит, гострий ілеїт, рефлюкс-ілеїт, ураження яєчника, дивертикуліт Меккеля, панкреатит, тромбоз тазових вен, пахова грижа, коксит, ниркова колька (зліва/справа) (рис. 2, 3, 4)	Гострий дивертикуліт Біль у надлобковій ділянці: • гостра затримка сечі; • розшаровуюча аневризма аорти; • гострий тромбоз здухвинних судин; • гострий цистит; • сечокам'яна хвороба	Дивертикульоз товстої кишки, синдром подразненої кишки, хвороба Крона, закрепи, хвороба Гіршпрунга

швидко приймати рішення про необхідність невідкладного оперативного втручання, оскільки неадекватне лікування в подальшому може бути причиною непліддя та інших проблем репродуктивної функції.

Нами проаналізовано МКСХ 2541 хворих у віці від 1 до 18 років, які були госпіталізовані та прооперовані з приводу гострого апендициту в клініці дитячої хірургії

на базі ВОДКЛ з 2008 по 2018 рр. Серед них дівчат було 1 060 (41,72%). Для діагностики патології, крім загальних клініко-лабораторних обстежень, пацієнткам обов'язково проводилось ректальне бімануальне обстеження в положенні дитини на спині з розведеними та приведенними до живота ногами, УЗД з доплерографією судин органів черевної порожнини, заочеревинного простору

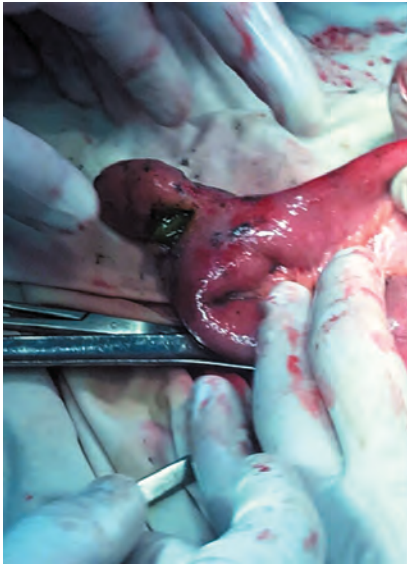


Рис. 2. Перфорація дивертикулу Меккеля у підлітка 16-ти років

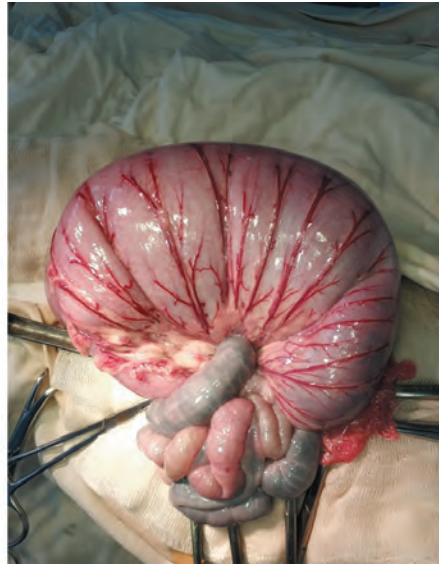


Рис. 3. Розширення товстої кишки при хворобі Гіршпрунга у дитини 2-х р.



Рис. 4. Рефлюкс-ілеїт у дитини 10-ти років. Іригограма

і малого таза на апараті PHILIPS HD 11XE (США) в режимі кольорового доплерівського картування з частотою конвексного датчика 4,0 МГц в режимі реального часу. У складних випадках застосовували пальпацію черевної порожнини в стані медикаментозного сну, діагностичну лапароскопію, яка є методом вибору не тільки для уточнення діагнозу, але й для проведення лікувальних дій.

Серед усіх дівчат неускладнений апендицит діагностовано у 608 хворих, а у 402 пацієнток запалення апендикулярного відростка супроводжувалось явищами місцевого або розлитого перитоніту. У 50 дівчат діагностовано апендикулярний інфільтрат, при якому тазове розташування відростка спостерігалось у 22 випадках. Гострий апендицит при тазовому розташуванні відростка супроводжувався болем у нижніх відділах живота та/або над лобком, часто з іррадіацією за ходом сечівника, в промежину, праву статеву губу, пряму кишку. Часто клінічна картина супроводжувалась болючими сечовиділеннями, тенезмами, частими рідкими випорожненнями.

При вивченні історій хвороби пацієнток з гострим апендицитом привертало увагу те, що найбільші діагностичні труднощі виникали при атипичному розташуванні відростка, що, у свою чергу, симулювало різноманітні захворювання.

Серед патологій, яка супроводжується тазовим болем у дівчат, особлива увага повинна бути спрямована на різноманітну гінекологічну патологію. В Україні зростає кількість запальних захворювань серед дівчат віком 15–17 років, яких, за рекомендаціями ВООЗ, слід включати до групи ризику.

На другому місці у дітей із синдромом тазового болю за поширеністю спостерігається невідкладна

гінекологічна патологія, при чому найбільш серйозні питання стосуються гострих станів придатків матки. За означений період спостереження було проліковано 264 дівчат з гострою патологією придатків матки, відповідно до гострого апендициту розподіл за частотою 1 : 4.

Частота запальних захворювань статевих органів серед дівчат-підлітків зросла на 25%, що призводить до збільшення випадків неплідності у шлюбі. Запальні процеси статевих органів посідають перше місце в структурі гінекологічних захворювань у дівчаток віком від 1 до 9 років (нейтральний період). Клінічне значення запальних уражень визначається не лише їх частотою, але й порушеннями основних функцій жіночого організму (менструальної, репродуктивної, статевої) у зрілому віці. Тривалі запальні захворювання викликають зміни функціональної активності в системі “гіпоталамус — гіпофіз — яєчники”, що може призвести до зростання частоти інших гінекологічних захворювань. Наприклад, вульвовагініти у дівчаток залишаються найчастішою патологією, яка посідає чільне місце в структурі дитячої гінекологічної захворюваності (від 70 до 93%). Варто зважати на те, що деякі запальні гінекологічні захворювання інколи ніяк себе не проявляють на початку захворювання і тривалий час залишаються нерозпізнаними. Вульвовагініт — запальний процес вульви і/або піхви як інфекційного, так і неінфекційного генезу. Однак неінфекційне запалення незабаром (через 3–7 днів) набуває рис бактеріального запального процесу. А позаяк у дівчат, на відміну від дорослих, ізольоване ураження вульви (вульвіт, вестибулїт) і піхви (кольпіт) спостерігається відносно рідко, головним проявом патології є наявність синдрому

тазового болю. Це важливий симптом захворювання з огляду на те, що розповсюдженість неспецифічних вульвовагінітів у дівчат складає 2,68–3,21 на 1000 дітей, а в загальній структурі гінекологічної захворюваності частка вульвовагінітів коливається від 42,3 до 85 %; при цьому найчастіше на вульвовагініт хворіють дівчатка віком 2–7 років.

Гострий вульвовагініт часто перебігає з вираженим больовим синдромом, дизуричними явищами, які викликають неспокій дитини, плач під час сечовипускання, гостру затримку сечі; доросліші дівчата відчувають болісність і труднощі при ході, біль при сечовипусканні. Іноді пацієнтки неправильно вказують локалізацію болю — внизу живота або у верхній частині нижніх кінцівок, замість ділянки статевих органів.

За даними МОЗ України, щорічно з приводу гострого апендициту оперується понад 16–17 тис. дівчат. Жіноча статева система найчутливіша до несприятливих впливів у період статевого дозрівання. Ускладненням, на такому фоні, гострого апендициту, частіше катарального та періапендициту, може бути апендикулярно-генітальний синдром — стан, при якому спостерігається одночасне запальне ураження апендикса та придатків матки і який може в 30 % зустрічатись у дівчат різного віку [1]. У дівчат, які перенесли апендикулярно-генітальний синдром, частіше виявляють апоплексію яєчника, а в репродуктивному віці — ектопічну вагітність та інші порушення репродуктивної функції.

Під час проведення обстеження дівчаток та підлітків з наявним тазовим больовим синдромом, при підозрі на апендикулярно-генітальний синдром, що проявляється комплексом больових відчуттів та дискомфортом у нижніх відділах живота, необхідно враховувати можливі передумови для виникнення больових відчуттів, які залежать насамперед від росту та розвитку яєчників.

Загалом для апендикулярно-генітального синдрому характерна “низька” локалізація болю: гіпогастрій, поперекова ділянка. Іррадіація не характерна, але якщо є, то її вектор спрямований у пахову та сідничні ділян-

ки. Біль частіше односторонній, рідше двосторонній або по центру.

Позаяк біль — це суб’єктивне відчуття, то й вимір його може бути суб’єктивним. Найпоширенішими методами оцінки больових відчуттів є: шкали оцінки болю від “0” — відсутність болю, до “10” — присутній важкий ступінь болю; візуальна аналогова шкала (ВАШ) — лінійка довжиною 10 см із нанесеними позначками від 1 до 10 з кроком в 1,0 см; вербальна оціночна шкала, яка має 4 ступені болю: 1 — відсутність болю, 2 — незначний біль, 3 — гострий біль, 4 — важкий біль (рис. 5).

Показання для консультації хірурга при синдромі тазового болю:

- тазовий біль неясної етіології;
- підозра на наявність хірургічної або гінекологічної патології;
- стабільний, виражений або прогресуючий больовий синдром з ознаками погіршення загального стану (медична пересторога: якщо загальний стан не покращується, **це потрібно розцінювати як його погіршення**);
- травма живота / тазових органів;
- блювота жовчу або товстокишковим вмістом;
- м’язовий дефанс (ригідність) передньої черевної стінки, який не зникає при відволіканні уваги дитини;
- здуття нижніх відділів живота з дифузним тимпанітом;
- ознаки накопичення в порожнині таза рідини або крові.

Причини діагностичних помилок та помилок у виборі тактики лікування при синдромі тазового болю у дівчат:

- недостатня глибина знань з анатомії та фізіології репродуктивної системи;
- нехтування гінекологічним анамнезом, оскільки своєчасна діагностика апоплексій яєчника, ускладнених функціональних кіст багато в чому пов’язана із певним днем менструального циклу;

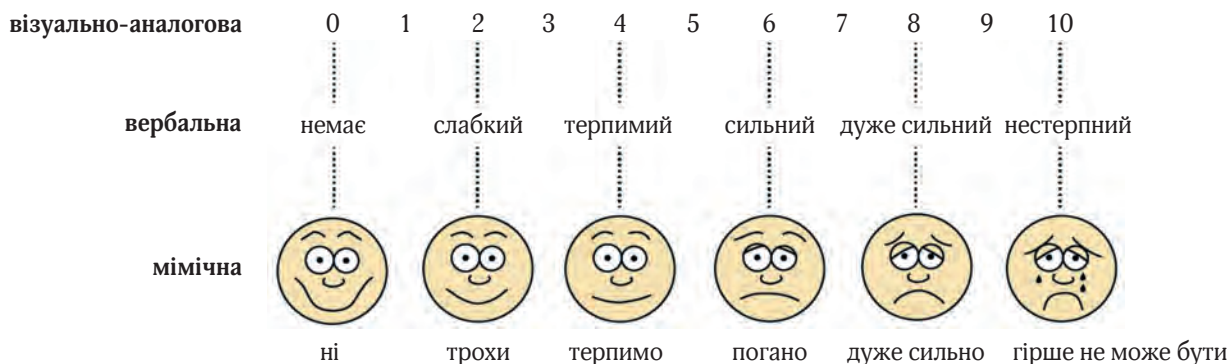


Рис. 5. Шкала оцінки інтенсивності болю

- не завжди проводиться ректоабдомінальне дослідження після очисної клізми;
- відсутність доопераційного УЗ-моніторингу органів малого таза;
- відсутність ревізії органів малого таза при апендектомії або неправильна оцінка інтраопераційної ситуації;
- неадекватний об'єм оперативного лікування;
- відсутність онкологічної настороги при виявленні пухлин та пухлиноподібних утворень яєчників.

Таким чином, в разі наявності гострого тазового болю, який супроводжується інтоксикацією, лихоманкою, перитонеальною симптоматикою, загальним погіршенням самопочуття, дівчинка в обов'язковому порядку підлягає невідкладній госпіталізації в хірургічний стаціонар незалежно від можливої етіології та патогенезу патологічного вогнища.

Висновки. Синдром гострого тазового болю у дівчат є важливим, а іноді єдиним проявом хірургічної або гінекологічної патології, яка вимагає невідкладної оперативної допомоги. Відсутність “гострої” симптоматики при гінекологічній патології у дівчат у деяких випадках пов'язана з некрозом придатків матки, іноді з “нетугим” перекрутом без різкого порушення кровопостачання яєчника. Своєчасна діагностика та лікування синдрому тазового болю у дівчат сприяє збереженню та покращенню репродуктивного потенціалу зростаючого покоління.

Острая тазовая боль у девушек. Современный взгляд на проблему

Коноплицкий В. С., Коробко Ю. Е.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Резюме. Статья посвящена основным причинам формирования синдрома тазовой боли у женщин, изображены некоторые этиологические факторы механизма его формирования. Особый анализ посвящен важности дифференциации хирургической и гинекологической патологии в формировании синдрома тазовой боли у женщин разного возраста. Определена важность аппендикулярно-генитального синдрома в сохранении репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Предложен патогенетически обоснованный пошаговый алгоритм диагностических и лечебных мероприятий на основе мультидисциплинарного подхода к патологии.

Ключевые слова: синдром острой тазовой боли, девушки, аппендикулярно-генитальный синдром, мультидисциплинарный подход.

Література

1. Gerasimova TV, Gopchuk OM. Apendikulyarno-genitalnij sindrom u dityachij ginekologiyi (Apendicular-genital syndrome in a child gynecology). Zdorove zhenshiny. 2017;(7):11–3. (In Ukrainian)
2. Kalinchuk OO, Dmytriieva KY, Katilov OV. Abdominal tumor syndrome in children. Perioperaciina Medicina [Internet]. Interdisciplinar Academy of Pain Medicine; 2019 Feb 22;1(2):53–60. Available from: <https://doi.org/10.31636/prmd.v1i2.6>
3. Sibirskaia EV, Adamyan LV, Yacyk SP. Boli v zhivote u devochek, svyazannye s ginekologicheskoy patologiej: oshibki diagnostiki i lecheniya (Abdominal pain in girls associated with gynecological pathology: errors in diagnosis and treatment). Pediatricheskaya farmakologiya. 2014;11(4):23–8. (In Russian)
4. Cherepova VI, Snopkova LV, Kandiba LI. Sindrom hronichnogo tazovogo bolu u zhinok (Chronic pelvic pain syndrome in women). Semejnaya medicina. 2015;(1):186–90. (In Ukrainian)
5. Heinberg LJ, Fisher BJ, Wesselmann U, Reed J, Haythornthwaite JA. Psychological factors in pelvic/urogenital pain: the influence of site of pain versus sex. Pain [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2004 Mar;108(1):88–94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.12.007>
6. Shafik A. Pudendal canal syndrome. Description of a new syndrome and its treatment. Report of 7 cases. Coloproctology. 1991;13:102–10.

Acute pelvic pain in young women. A modern look at the problem

Konopliksky VS, Korobko YuE

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia

Abstract. The article is devoted to the main causes for the formation of pelvic pain syndrome in women, some etiological factors of the mechanism of its formation are depicted. A special analysis is devoted to the importance of differentiating surgical and gynecological pathologies in the formation of pelvic pain syndrome in women of different ages. The importance of appendicular-genital syndrome in maintaining the reproductive health of the younger generation is determined. A pathogenetically substantiated step-by-step algorithm of diagnostic and therapeutic measures based on a multidisciplinary approach to pathology is proposed.

Key words: acute pelvic pain syndrome, young women, appendicular-genital syndrome, multidisciplinary approach.