



Royal College of
Obstetricians and
Gynaecologists

ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК, ЯКІ ВПЕРШЕ ЗВЕРНУЛИСЯ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

**Керівництво
Королівського коледжу акушерства і гінекології Великобританії**

Друге видання — травень 2012 р.
(перша публікація — у 2005 р.)

1. Мета і галузь застосування

Мета керівництва — надання рекомендацій, заснованих на фактичних даних, для застосування при обстеженні і лікуванні жінок, які вперше звернулися по медичну допомогу зі скаргами на хронічний тазовий біль.

2. Довідкова інформація і вступ

Хронічний тазовий біль (ХТБ) визначається як періодичний або постійний біль у нижніх відділах живота або в зоні тазу, що триває, принаймні, 6 місяців і не пов'язаний з менструацією, статевим актом чи вагітністю. Цей симптом не є діагнозом. При первинному зверненні пацієнток ХТБ зустрічається з такою самою частотою, як мігрень чи біль у спині [1], і може суттєво впливати на якість життя жінки та її здатність виконувати свої обов'язки [2].

Життя з хронічним болем будь-якої локалізації — важкий економічний і соціальний тягар. Проте вже від моменту першого звернення до лікаря точна діагностика та ефективне лікування суттєво покращують якість життя пацієнтки та усувають нескінченну низку консультацій, обстежень й інвазивних втручань. Це керівництво є доказово обґрунтованою базою для первинної оцінки стану жінок із ХТБ. Його призначено для використання гінекологами, проте воно може бути корисним і для лікарів загальної практики при прийнятті рішень щодо спрямування пацієнтки для подальшого лікування.

3. Ідентифікація та оцінка доказів

У Кокранівській бібліотеці і Кокранівському реєстрі контрольованих досліджень було проведено пошук відповідних рандомізованих контрольованих досліджень, систематичних оглядів і мета-аналізів. Також проведено пошук у базі даних Medline з 1966 по липень 2011 рр. Пошук проводився за ключовими словами "тазовий біль", "дисменорея" і "хронічне захворювання", включаючи всі підзаголовки. У поєднанні з ключовими, використовувались терміни "хронічний тазовий біль" і "дисменорея".

Класифікацію рівнів доказовості і рекомендацій наведено в додатку 3.

4. Які етіологічні чинники сприяють розвитку хронічного тазового болю?

Найчастіше причиною ХТБ є група факторів. Тому діагностичні заходи повинні бути спрямовані на виявлення всіх причин. Не слід віддавати перевагу лише одній патології.

Під час першого візиту пацієнтки іноді неможливо відразу з упевненістю визначити причину болю.

Біль — це сенсорне та емоційне переживання, пов'язане з реальним або потенційним ушкодженням тканин [6]. Відчуття болю може бути зумовлене фізичними, психологічними і соціальними факторами. Часто пацієнтка знає про вплив цих факторів. Проте

вона може вирішити не обговорювати їх, побоюючись, що причиною її болю будуть вважатися психологічні фактори, або що негінекологічні причини не будуть братися до уваги.

Причини болю, визначені за допомогою ретельного вивчення анамнезу і фізичних даних, можна, принаймні, частково усунути за допомогою відповідної терапії. Оскільки у походженні тазового болю ще не досягнуто повного розуміння, іноді необхідно брати до уваги й незвичайні діагнози (наприклад, грижі чи заочеревинні пухлини) або розглядати інші причини (наприклад, скелетно-м'язовий біль). Важливо не залишити жінку з відчуттям, що їй жодним чином не можна допомогти.

4.1. Центральна і периферична нервова система

Гострий біль сигналізує про свіже пошкодження тканин і минає з їх відновленням. При хронічному болю набирають чинності додаткові фактори. Такий біль може тривати довго або, взагалі, існувати за відсутності травм. Значні зміни спостерігаються в аферентних і еферентних нервових шляхах у центральній і периферичній нервовій системі.

Місцеві фактори, такі як фактор некрозу пухлин альфа і хемокіни, можуть змінити функцію периферичних нервів та/або стимулювати незадіяні нервові волокна. Це призводить до зміни відчуттів на більшій ділянці, ніж та, що постраждала спочатку. Стійкий потік больових відчуттів може призвести до змін у центральній нервовій системі [7].

Низхідна інформація від центральної нервової системи, можливо, під впливом попереднього досвіду і поточних обставин, може змінити сприйняття болю і внутрішніх функцій. Зміни вісцеральних відчуттів і функцій, спровоковані різними неврологічними факторами, отримали назву "вісцеральної гіпералгезії". Пошкодження нерва після операції, травми, запалення, фіброз або інфекція можуть відігравати певну роль у цьому процесі [8, 9]. Біль як результат змін в нервових волокнах називається "невропатичним" і зазвичай характеризується як пекучий, ниючий або стріляючий [10].

Проблема болю повинна розглядатися комплексно як пацієнткою, так і її лікарем.

4.2. Ендометріоз

D

Тазовий біль, інтенсивність і характер якого помітно змінюються протягом менструального циклу, ймовірно, пов'язаний з гормонально залежними причинами, такими як ендометріоз.

Рівень доказовості від 2+ до 4

Основні симптоми дисменореї, диспареунії і ХТБ є притаманними й ендометріозу [11]. У проспективному дослідженні за участі 90 жінок, яким разом з клінічним обстеженням і трансвагінальним УЗД проводили лапароскопію або лапаротомію, з точністю було діагностовано ендометріоз яєчників. Проте перитонеальний ендометріоз виявити вдавалося не завжди. Симптоми самі по собі — поганий предиктор для виявлення ендометріодних вогнищ під час оперативного втручання [12], проте причинно-наслідковий зв'язок між захворюванням і тяжкою дисменореєю, ймовірно, існує [13]. У нещодавньому дослідженні випадок-контроль, де порівнювали симптоми 255 жінок, які перенесли гістеректомію, встановлено, що больові відчуття передбачали високу ймовірність аденоміозу і міоматозу. Проте після гістологічного дослідження переважно діагностовано міоматоз [14]. Часто ендометріоз є причиною дисменореї у підлітків [15].

Тривають дискусії навколо тазового венозного застою як причини ХТБ. Нещодавній систематичний огляд встановив, що при лікуванні симптомів тазового болю ефективним виявилось пригнічення оваріальної функції. Як було показано в рандомізованих контрольованих дослідженнях, застосування прогестинів і агоністів гонадотропін-рилізінг гормону (ГнРГ) приводило до відчутного зменшення болю. Терапія агоністами ГнРГ показала вищу ефективність [16].

Багато симптомокомплексів, наприклад, синдром подразненого кишечника (СПК), або незначні больові відчуття іншого походження [17] можуть посилюватися під час менструації (50% жінок відчувають погіршення симптомів у цей період [18]). Проте сильний циклічний біль, найімовірніше, буде мати гінекологічне походження.

4.3. Спайки

✓

Доказів на підтримку розділення спайок у жінок із хронічним тазовим болем не існує.

✓

Вважається, що розділення щільних судинних адгезій полегшує біль.

Рівень доказовості 1+

Вважається, що причиною болю можуть бути спайки, особливо при розширенні або розтягненні органа. Щільні судинні спайки можуть призвести до виникнення ХТБ. У той же час, може спостерігатися й безсимптомне існування спайок. Немає доведених даних у великих дослідженнях на користь того, що спайки є причиною болю, або що їх лапароскопічне розділення полегшує біль. Однак у рандомізованому контрольованому дослідженні 48 жінкам із ХТБ проводили лапаротомію з розділенням спайок або без нього. Хоча в цілому різниці між цими двома групами помічено не було, аналіз їх підмножини показав, що розділення щільних судинних спайок приводило до значного полегшення болю [19]. У 2003 р. дослідження у 100 жінок не показало жодної різниці у характеристиках болю між групою, в якій проводився лапароскопічний адгезіолізис, і групою, де здійснювалася лише лапароскопія [20].

Утворенню спайок можуть сприяти ендометріоз, попередні оперативні втручання або перенесена інфекція. Виділяють дві форми спайок навколо яєчників: резидуальний яєчниковий синдром (невелика кількість тканини яєчників, випадково залишена після оофоректомії, може бути затиснена спайками) і синдром "захоплених" яєчників (коли залишені яєчники ховаються серед щільних спайок після гістеректомії). Видалення всієї тканини яєчників або супресія з використанням аналогів ГнРГ може полегшити біль.

4.4. Синдром подразненого кишечника та інтерстиціальний цистит

У жінок із ХТБ часто присутні симптоми, що вказують на СПК або цистит. Ці стани можуть бути основною причиною ХТБ, його компонентом або вторинним ефектом, викликаним еферентною неврологічною дисфункцією за наявності хронічного болю (див. розділ 3.4).

C

Під час дослідження 798 жінок, які відвідували гінекологічні клініки, 50% причиною звернення до лікаря називали больові симптоми, що нагадують СПК [21]. У трьох оглядових дослідженнях жінок із ХТБ, яким надавалася вторинна медична допомога, 38—84% мали симптоми, що нагадували інтерстиціальний цистит [22—24].

Рівень доказовості 2+

4.5. Опорно-руховий апарат

Кістково-м'язовий біль може бути основним джерелом болю в ділянці малого таза або розглядатися як додатковий компонент болю в результаті зміни постави.

C

Біль може виникати при пошкодженні м'язів черевної стінки і тазового дна. Больове відчуття може радіювати в ділянку тазових суглобів. Пролапс тазових органів також може бути джерелом болю [25]. Зростає інтерес до тригерних точок — локальних зон глибокої чутливості в напруженій групі м'язів, етіологію яких до кінця не вивчено. Причиною такого болю можуть бути хронічні контрактури м'язів, які подразнюються завдяки перекосу таза. Не можна забувати й про дискретний біль, наприклад, як при ендометріозі. Біль від тригерної точки з часом може стати самоперсистуючим [26—27]. Доведених даних щодо діагностики і лікування подібних станів поки що бракує.

У 26 жінок, які пройшли безрезультатне лапароскопічне лікування ХТБ, при проведенні магнітно-резонансної томографії (МРТ) у 20 виявлено пошкодження levator ani. Після проведення МРТ у контрольній групі пацієнток без болю жодна з 20 жінок з одними пологами в анамнезі не мала таких травм, серед 32 жінок, що народжували кілька разів, травми levator ani мали дві пацієнтки [28]. Як причина болю в ділянці таза також розглядається спазм м'язів тазового дна, інтенсивність такого болю можна зменшити завдяки ін'єкції ботулотоксину [29, 30]. Низкою контрольованих і неконтрольованих обсерваційних досліджень у жінок із ХТБ продемонстровано високу поширеність первинного або вторинного порушення опорно-рухового апарату [31—34].

Рівень доказовості від 1+ до 3

4.6. Защемлення нерва

Розміщення нерва у рубцевій тканині, фасції або вузькому отворі може призвести до болю і порушення нервової провідності.

D

Частота випадків защемлення нерва (добре локалізований гострий, колючий або ниючий біль, що посилюється під час руху і триває більше 5 тижнів або раптово виникає після безболісного інтервалу) після виконання одного розрізу за Пфанненштилем становить 37% [35, 36].

Рівень доказовості 3/4

4.7. Психологічні та соціальні аспекти

Необхідно з'ясувати психологічні і соціальні проблеми, які зазвичай виникають у зв'язку із ХТБ, їх вирішення може бути важливим для зменшення симптомів.

B

У жінок із хронічним болем зустрічаються депресії і розлади сну. Біль може бути їх наслідком, а не причиною. Специфічне лікування може поліпшити здатність жінки до повноцінної діяльності [37]. Крім того, жінки із ХТБ, як правило, пригнічують свої небажані думки і почуття, вважаючи їх причиною чи наслідком болю [38].

Рівень доказовості 1+/3

Зв'язок між ХТБ і сексуальним або фізичним насильством суперечливий. Дослідження складно інтерпретувати, оскільки багато з них мають ретроспективний дизайн і виконані під час надання вторинної медичної допомоги. Досліджуючи популяцію, якій надавалася вторинна медична допомога, виявили, що жінки із хронічним болем частіше повідомляють про фізичне або сексуальне насильство над ними у дитинстві, ніж жінки без болю. Пацієнтки із ХТБ частіше повідомляють про сексуальне насильство, ніж жінки зі скаргами на інший хронічний біль [39—42]. Проте за допомогою множинного регресійного аналізу встановлено, що сексуальне насильство над дітьми може бути маркером продовження насильства і розвитку депресії, занепокоєння або соматизації, що пізніше сприяє розвитку ХТБ [43—44]. Серед популяції, якій надавалася первинна медична допомога, 26% жінок повідомили про сексуальне насильство над ними в дитячому віці і 28% — у дорослому. Больові симптоми (дисменорея, диспареунія або ХТБ) частіше розвивалися у представниць обох цих груп порівняно із жінками, над якими насильства не було [45]. Цікаво, що у проспективному дослідженні серед молодих жінок, які зазнали насильства, не було помічено збільшення кількості симптомів, які не можна пояснити з медичної точки зору (хоча суб'єкти досліджувалися до досягнення ними 20-річного віку) порівняно з тими, які насильства не зазнали. Хоча жінки, в яких були нез'ясовні симптоми, частіше розповідали історію про насильство над ними [46].

Рівень доказовості 3

Отже, у деяких жінок сексуальне насильство над ними в дитячому віці може ініціювати каскад подій або реакцій, які роблять людину більш чутливою до розвитку ХТБ у дорослому віці. Жінки, які продовжують піддаватися насильству, ще більше схильні до такого ризику.

5. На що слід звернути увагу при первинній оцінці хронічного тазового болю?

Для первинного огляду жінок із ХТБ потрібно мати достатньо часу. Вони повинні відчувати, що зможуть розповісти свою історію, що їх вислухають і сприймуть усерйоз.

Жінки хочуть почути пояснення причин їхнього болю. Часто у них вже є теорія або стурбованість з приводу його походження. В ідеалі ці думки необхідно обговорити під час першого візиту.

Показано, що консультації, які ініціюють появу ідей у пацієнта, спричиняють встановлення кращих стосунків між ним і лікарем та покращують узгодженість із обстеженням і лікуванням [47]. Жінки із ХТБ хочуть, щоб їхні переживання було почуто і підтверджено, розраховують на персональну увагу, чекають на допомогу щодо розуміння причини болю і хочуть навчитися з ним боротися [48—50].

Якщо раніше пацієнтка мала негативний досвід спілкування з лікарем, її необхідно заохочувати говорити про свої симптоми та думки. Це сприятиме формуванню партнерських стосунків. У дослідженні 105 послідовних звернень до університетської гінекологічної клініки позитивна оцінка пацієнткою першого консультування асоціювалася з повним одужанням під час спостереження [51].

В **Отже, багатофакторний характер ХТБ необхідно обговорювати і вивчати від самого початку. Метою має бути створення партнерських стосунків між лікарем і жінкою, що сприятиме кращому плануванню програми лікування.**

Рівень
доказо-
вості 1+

У рандомізованому дослідженні 106 жінок із ХТБ застосовувалося лікування з комплексним або стандартним підходом, при якому органічні причини виключали за допомогою лапароскопії. Якщо її результат був негативний, увага приділялася психологічним факторам. При комплексному підході рівноцінна увага приділялася можливим органічним, психологічним, дієтичним і екологічним причинам болю. У цій групі лапароскопію рутинно не проводили, здійснювали консультування із фізіотерапевтом і проводили провокаційні тести. Через 1 рік у групі інтегрованого підходу було повідомлено про більш значне зниження інтенсивності болю, ніж у групі стандартного лікування [52].

Рівень
доказо-
вості від
1+ до 3

У мета-аналізі лікування болю відповідної локалізації за участю понад 3000 жінок міждисциплінарний підхід до хронічного болю у спині показав ефективність як у зниженні суб'єктивних показників болю, так і в поліпшенні трудового і соціального функціонування [53]. Якщо міждисциплінарний підхід застосовується для лікування ХТБ, поліпшення стану пацієнтки спостерігається лише в разі, коли виконуються всі компоненти програми лікування [54].

Рівень
доказо-
вості 2+

В одному з досліджень 53 жінки із ХТБ отримували щотижневе психологічне та фізіотерапевтичне лікування в невеликих групах протягом 10 тижнів. У результаті спостерігалось відчутне і стійке зниження болю за оцінковою шкалою, знизилось споживання анестетиків та збільшилась працездатність. Протягом курсу лікування у жінок з'явилося прагнення до самопізнання, вони брали на себе більше відповідальності за власне здоров'я і контроль над ним [55].

У багатьох жінок із ХТБ лікування можна розпочинати вже при першому візиті.

5.1. Анамнез

Первинний анамнез має включати питання про структуру болю і його зв'язок із психологічними проблемами, симптомами з боку сечового міхура і кишечника, а також вплив руху і постави на біль.

В **Для позитивної діагностики СПК у цій групі можуть бути використані окремі симптоми (див. додаток 1).**

При вивченні анамнезу жінки особливу увагу необхідно приділяти будь-яким симптомам із групи "сигнали небезпеки" (див. додаток 2), які, у випадку виявлення, потребують подальшого уточнення і спрямування до відповідного спеціаліста. Якщо дозволяє ситуація, корисно прямо запитати про сексуальне насильство в минулому або теперішньому часі, особливо про насильство сексуального партнера. Лікар повинен бути готовий почути і сприйняти ці факти і знати, куди спрямувати пацієнтку для надання їй спеціалізованої допомоги.

Ведення щоденника болю протягом двох-трьох менструальних циклів може допомогти жінці і лікарю визначити провокуючі фактори або тимчасові впливи. Ця інформація може бути корисною для розуміння причин болю.

Іноді на початку лікування корисно встановити певні обмеження, наприклад, робочого часу, деяких видів діяльності, а також контролювати прогрес лікування і підкреслювати значення функціональних цілей. Запитання про те, які препарати жінка приймала раніше і чи дійсно вони їй допомагали, є важливим у діагностиці і плануванні ефективного лікування.

Діагностичні критерії, пов'язані із симптомами, можуть використовуватися для впевненого діагностування СПК з позитивною прогностичною цінністю 98% [56, 57]. Тривале спостереження за жінками з позитивним діагнозом СПК дозволяє припустити, що цей діагноз навряд чи буде змінено [58].

Рівень доказовості від 2++ до 4

Існує значна кількість інструментів для виявлення психологічних порушень, які базуються на симптомах. Та навіть простих запитань про домашні справи, порушення сну та апетиту або появу плаксивості може бути цілком достатньо.

Отже, якщо анамнез вказує жінці і лікарю на те, що існує певний негінекологічний компонент болю, її слід спрямувати до відповідного медичного фахівця, наприклад, гастроентеролога, уролога, венеролога, фізіотерапевта, психолога або сексолога.



5.2. Огляд

Користь від проведення огляду буде більшою, якщо достатньо часу приділено дослідженню страхів і тривог жінки. Лікар має бути готовий до сприйняття нової інформації.



Під час огляду необхідно здійснити оцінку стану черевної порожнини та органів малого таза, звернути увагу на локальну чутливість, розширення, деформацію органів, наявність злук чи пролапсу. Чітко локалізовані тригерні точки можуть бути визначені в черевній стінці та/або тазовому дні. Чутливість крижово-клубових суглобів і лобкового симфізу наводить на думку про опорно-рухове походження болю.

6. Які дослідження слід провести?

6.1. Обстеження на інфекції

Якщо існує підозра на запальні захворювання тазових органів (ЗЗТО), необхідно взяти відповідні зразки для виявлення інфекції, у тому числі *Chlamydia trachomatis* і гонореї.



Усім сексуально активним жінкам із ХТБ необхідно запропонувати обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).



Позитивний зразок із каналу шийки матки підтримує, проте не доводить діагноз ЗЗТО. Відсутність позитивного результату для *Chlamydia trachomatis* або гонокока не виключає діагнозу ЗЗТО [59].

Рівень доказовості 4

При клінічній підозрі на ЗЗТО лікування слід проводити разом із венерологом з використанням сучасної мікробіологічної інформації та відстеженням контактів. Сексуально активним жінкам із ХТБ потрібно запропонувати обстеження на ІПСШ [60].

Рівень доказовості 4

6.2. Трансвагінальне ультразвукове сканування і магнітно-резонансна томографія

Трансвагінальне ультразвукове сканування (ТУЗД) застосовується для оцінки стану яєчників, а також виявлення і оцінки утворень у зоні придатків матки.



ТУЗД і МРТ довели свою користь у діагностиці аденоміозу.



Роль МРТ у діагностиці невеликих вогнищ ендометріозу залишається невизначеною.



Систематичний огляд застосування ТУЗД для діагностики ендометріозу виявив, що за його допомогою можна точно відрізнити ендометріомію від інших утворень яєчників [61].

Рівень доказовості 2++

Метод корисний і для визначення структурних аномалій (гідросальпінкс або міома), які можуть мати відношення до болю, навіть якщо й не є його прямою причиною.

ТУЗД мало придатне для позитивної ідентифікації інших причин ХТБ, у тому числі перитонеального ендометріозу. Проте в дослідженні 120 жінок із ХТБ використання ТУЗД до лапароскопії і наявність м'яких маркерів (чутливість або погана мобільність яєчників) підвищували ймовірність виявлення відповідної патології при лапароскопії з 58 до 73%. За відсутності м'яких маркерів ймовірність визначення патології знизилася до 20%. Тому ТУЗД може відігравати певну роль у виявленні жінок, які мають менше шансів отримати позитивний діагноз при діагностичній лапароскопії [62].

Рівень доказовості 2+

Чутливість МРТ і ТУЗД у діагностиці аденоміозу порівнянні в умілих руках. Чутливість 70—78% і специфічність 86—93% для МРТ, і 65—68% і 65—98%, відповідно, для ТУЗД було досягнуто в двох сліпих проспективних дослідженнях пацієнток, які перенесли гістеректомію, а також у систематичному огляді, де гістологія використовувалася як "золотий стандарт" [63—66]. Систематичний огляд 14 досліджень, проведений для вивчення точності ТУЗД у діагностиці аденоміозу, показав чутливість 82,5% і специфічність 84,6% [64].

Рівень доказовості 1++/2++

Іноді МРТ бракує чутливості для виявлення ендометріїдних вогнищ. Проте метод може бути корисним для оцінки об'ємних утворень [67]. Також МРТ може виявити рідкісну патологію.

Рівень доказовості 4

6.3. Діагностична лапароскопія

D

У минулому діагностична лапароскопія розглядалася, як "золотий стандарт" у діагностиці ХТБ. Нині її можна розглядати як метод другої лінії дослідження, якщо терапевтичні заходи зазнали невдачі.

✓

Діагностична лапароскопія може відігравати певну роль у переконаннях жінки про свій біль.

Рівень доказовості 3/4

Діагностична лапароскопія — єдиний метод, що дозволяє надійно діагностувати перитонеальний ендометріоз і спайки. Саме тому гінекологи розглядали її як важливий діагностичний інструмент для жінок із ХТБ. Проте це втручання має значні ризики (ризик смерті становить ~1 на 10 000, а ризик отримання травми кишечника, сечового міхура і кровоносних судин — ~2,4 на 1000, із цих пацієнток дві третини вимагають наступної лапаротомії) [68—70].

Рівень доказовості 4

Звичайно, не всю патологію можна виявити за допомогою лапароскопії (наприклад, СПК і аденоміоз), але існує й ризик пропустити деякі форми ендометріозу. Це захворювання має велике різноманіття проявів, що на думку багатьох авторів призводить до значної недодіагностики при лапароскопії. Деякі автори рекомендують брати біопсію з усіх підозрілих ділянок. Відомо, що шкали оцінки болю не корелюють з вираженістю ендометріозу, і, навіть, глибоко інфільтруючий ендометріоз, який тісно пов'язаний з болем, може бути неправильно інтерпретований як мінімальне захворювання [71].

Рівень доказовості 4

Від однієї третини до половини діагностичних лапароскопій — негативні. Крім того, багато видів патології, яка ідентифікується, не є причиною болю. Негативні результати лапароскопії можуть мати несприятливі наслідки. Так, багато жінок відчувають розчарування тим, що діагноз не був підтверджений [72]. Це може призвести до переривання лікувального процесу [49].

До прийняття рішення про виконання діагностичної лапароскопії необхідно обговорити всі її ризики та переваги, а також можливість отримання негативних результатів. Можливо, її потрібно виконувати тільки у випадках, коли рівень підозр на спайкову хворобу або ендометріоз, що потребують хірургічного втручання, є високим, або коли у пацієнтки є інші проблеми, які можуть вирішуватися за допомогою діагностичної лапароскопії (наприклад, ендометріоз або спайкова хвороба негативно впливають на фертильність).

Рівень доказовості 2+/3

Метод мікролапароскопії або " картування болю при свідомості" був запропонований як альтернатива діагностичній лапароскопії під загальною анестезією. Хоча ця техніка, здається, дає можливість підтвердити окремі ураження як джерело болю пацієнта, вона не була широко прийнятою. Відкритими продовжують залишатися питання про прийнятність, відтворюваність і достовірність цього методу [73]. У нещодавньому дослідженні із 43 жінок, які перенесли свідоме картування болю, у 39 процедура була успішною. Проте тільки сім із них мали інший діагноз, або лікування запропонованим методом лапароскопії при свідомості було порівнянним з таким, що проводиться під загальною анестезією [74].

Рівень доказовості від 1+ до 3

У дослідженні, проведеному за допомогою поштового анкетування, 63 жінки відмітили, що діагностична лапароскопія не вплинула на їхні подальші відчуття болю і якість життя [75]. Крім того, в проспективному дослідженні 71 жінка, яка перенесла лапароскопію при ХТБ, була опитана до і після операції. Єдиним фактором, виявленим під час регресійного аналізу, який передбачав зменшення болю за шкалою його оцінки, було переконання, що зміна стану здоров'я є результатом проведеної лапароскопії. Цей результат був застосований до жінок з позитивними або негативними результатами лапароскопії [76]. Простий показ зображень жінкам їхнього таза, здається, не вплинув на переконання щодо стану здоров'я або результатів лікування болю [77].

6.4. CA125

Жінкам, які постійно або часто (більше 12 разів на місяць) повідомляють про будь-який з таких симптомів — здуття живота, раннє насичення, біль у ділянці таза або часті і негайні позиви до сечовипускання, потрібно проводити вимірювання рівня CA125 у сироватці крові. Особливо до таких дій повинні спонукати будь-які нові симптоми СПК у жінок віком старше 50 років [78].

7. Які існують варіанти лікування?

B

Жінкам із циклічним болем необхідно пропонувати терапевтичні дослідження з використанням гормональної терапії протягом 3—6 місяців перед проведенням діагностичної лапароскопії.

A

Пацієнткам із СПК необхідно пропонувати дослідження зі спазмолітиками.

C

Жінок із СПК слід заохочувати змінити свій раціон з метою контролю симптомів.

✓

Пацієнткам потрібно запропонувати відповідну аналгезію для контролю їхнього болю, навіть якщо жодні інші терапевтичні процедури ще не розпочато. Якщо біль належним чином не контролюється, таку жінку слід спрямувати до фахівців з лікування болю або до спеціаліста клініки тазового болю.

Рівень доказовості від 1+ до 4

Пригнічення функції яєчників може бути ефективним засобом у лікуванні циклічного болю, пов'язаного з ендометріозом. Ефект може досягатись за допомогою комбінованих оральних контрацептивів, прогестагенів, даназолу або аналогів ГнРГ. Усі препарати

мають однакову ефективність, проте різні профілі побічних ефектів [67, 79]. Внутрішньоматкова левоноргестрел-релізінг система також може застосовуватись, навіть у підлітків [80]. Циклічний біль, не пов'язаний з ендометріозом, також добре контролюється за допомогою цих методів лікування [81—83].

Рівень доказовості від 1+ до 4

У рандомізованому контрольованому дослідженні 100 жінок з клінічними ознаками ендометріозу отримували або аналог ГнРГ, або плацебо без попередньої лапароскопії. Після 12 тижнів терапії учасниці групи лікування відчували значно менший біль, ніж жінки, які приймали плацебо [84]. Це єдине дослідження, в якому оцінювалась ефективність даного методу лікування. Число фахівців, які підтримують таку стратегію, зростає [11, 84—86]. Економічна оцінка використання аналогів ГнРГ як емпіричного лікування циклічного болю перед лапароскопією показала краще задоволення потреб пацієнтки і лікаря при зниженні вартості терапії [87].

Рівень доказовості від 1+ до 4

Для отримання додаткової інформації з питань лікування СПК див. клінічні рекомендації NICE (Moore J., Copley S., Morris J., Lindsell D., Golding S., Kennedy S. *A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis* // *Ultrasound Obstet Gynecol.* — 2002. — N 20. — P. 630—634) [61].

Проведено систематичний огляд застосування релаксантів гладенької мускулатури (мебеверину гідрохлорид). Дані огляду підтвердили ефективність мебеверину в лікуванні СПК, який характеризується болем у животі. Ефективність уживання харчових волокон не була доведена, хоча вони й широко застосовуються [57, 89].

Рівень доказовості від 1++ до 4

У дослідженні 200 жінок, які страждають на СПК, використовувалася дієта виключення. 36% пацієнток змогли ідентифікувати один або декілька харчових продуктів, відмова від яких привела до стійкого покращання самопочуття. Найчастіше це були молочні та зернові продукти [90].

Рівень доказовості 3

Дієти варто розглядати індивідуально, проте доказів ефективності на користь такого підходу не вистачає.

При ХТБ може бути корисним регулярне застосування нестероїдних протизапальних препаратів на основі парацетамолу або без нього. Також доцільне застосування комбінованих анальгетиків (ко-дидрамола). Для гінеколога загальної практики, ймовірно, неправильно призначати опіоїди для регулярного використання жінками із ХТБ [91]. Аджувантне лікування такими препаратами, як амітриптилін або габапентин, може бути корисним у лікуванні невропатичного болю [92]. Для отримання додаткової інформації з лікування невропатичного болю див. клінічні рекомендації NICE 96 (National Institute for Health and Clinical Excellence. *Neuropathic pain. The pharmaceutical management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings*. NICE clinical guideline 96. London: NICE; 2010 [http://guidance.nice.org.uk/CG96/NICEguidance/pdf/English]) [93]. Для деяких жінок можуть виявитися корисними нефармакологічні методи, такі як черезшкірна стимуляція нервів, голковколювання та інші додаткові методи лікування. Модифікація дієти також може полегшити біль. Лапароскопічне видалення матково-крижових нервів є неефективним у лікуванні хронічного ХТБ [94, 95].

Волонтерські організації, такі як "Ендометріоз у Великобританії", є важливим джерелом інформації та підтримки для багатьох пацієнток. Перелік таких організацій наведено нижче. Методи саморегуляції відповідно до пропозицій Ініціативи Департаменту охорони здоров'я пацієнтів-експертів також можуть бути корисними для деяких жінок.

8. Висновок

Хронічний тазовий біль — поширений стан, на який, за деякими даними, страждає одна із шести дорослих жінок [96]. У його етіології залишається багато нез'ясованого. ХТБ слід розглядати як симптом з низкою супутніх чинників, а не як діагноз сам по собі. Як і при інших видах хронічного болю, важливо враховувати психологічні і соціальні чинники, а також його фізіологічні причини. Причиною ХТБ можуть бути негінекологічні захворювання, такі як защемлення нерва або СПК.

Для огляду пацієнтки необхідно приділяти достатньо часу, щоб жінка могла докладно розповісти свою історію. Вже сам процес довірливого спілкування може бути терапевтичним сам по собі. Ведення щоденника болю корисне для відстеження симптомів або виду діяльності, яка з ним асоціюється. Якщо біль циклічний, а під час вагінального дослідження не вдалося виявити жодних аномалій, терапевтична спроба пригнічення діяльності яєчників корисніша, ніж діагностична лапароскопія. Інші стани, такі як СПК, вимагають спеціального лікування. Навіть, якщо на початковому етапі причину болю знайти не вдається, необхідно здійснити спроби емпіричної терапії і спільно із жінкою розробити план її лікування.

Організації, які надають додаткову інформацію та/або підтримку пацієнток із хронічним тазовим болем

- Ендометріоз у Великобританії [www.endometriosis-uk.org]
- Мережа СПК [www.theibsnetwork.org]
- Фондація "Цистит і гіперактивний сечовий міхур" [www.cobfoundation.org]
- Жіноче здоров'я [www.womens-health.co.uk] або [womenshealth.gov]
- Мережа підтримки хворих із тазовим болем [www.pelvicpain.org.uk]
- Ініціатива Департаменту охорони здоров'я пацієнтів-експертів [www.expertpatients.co.uk/]

ДОДАТОК І: Римські критерії ІІІ для діагностики синдрому подразнення кишечника

Про наявність СПК свідчить безперервний або періодичний біль у животі або дискомфорт, принаймні, 3 дні на місяць за останні 3 місяці, які розпочалися 6 місяців тому. Біль при СПК пов'язаний з, принаймні, двома з таких подій:

- відбувається покращання самопочуття після дефекації,
- початок болю пов'язаний зі зміною частоти випорожнення,
- початок болю пов'язаний зі зміною форми калу.

Такі симптоми, як здуття живота і поява значної кількості слизу у випорожненнях, зазвичай свідчать про СПК. Позакишечникові симптоми, такі як млявість, біль у спині, часте сечовипускання і диспареунія, також можуть виникати у зв'язку із СПК.

ДОДАТОК 2: "Сигнали небезпеки": симптоми та ознаки

- Кровотеча з прямої кишки
- Нові кишечникові симптоми, що з'явилися у віці старше 50 років
- Новий біль після настання менопаузи
- Об'ємні утворення в ділянці малого таза
- Суїцидальні думки
- Надмірна втрата ваги
- Нерегулярні вагінальні кровотечі у віці понад 40 років
- Посткоітальна кровотеча

ДОДАТОК 3: рівні доказовості і рекомендацій

Класифікація рівнів доказовості	Рівень рекомендацій
1++ Високоякісні мета-аналізи, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень або рандомізовані контрольовані дослідження з дуже низьким ризиком систематичної помилки	A Принаймні один мета-аналіз, систематичний огляд або рандомізоване контрольоване дослідження, оцінені як 1++ і безпосередньо застосовні до цільової популяції, або
1+ Належно виконані мета-аналізи, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень або рандомізовані контрольовані дослідження з низьким ризиком систематичної помилки	Систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень або сукупність доказів, що складається в основному з досліджень, які оцінені як 1+, безпосередньо застосовні до цільової популяції і демонструють однорідність результатів
1- Мета-аналізи, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень або рандомізовані контрольовані дослідження з високим ризиком систематичної помилки	B Сукупність доказів, у тому числі досліджень, оцінених як 2++, які безпосередньо застосовні до цільової популяції і демонструють однорідність результатів; або
2++ Високоякісні систематичні огляди досліджень випадок-контроль або когортних досліджень, або високоякісні дослідження випадок-контроль або когортні дослідження з дуже низьким ризиком впливу зовнішніх факторів, систематичної помилки або випадковості, і високою ймовірністю причинного зв'язку	Екстрапольовані дані досліджень, оцінених як 1++ або 1+
2+ Правильно проведені дослідження випадок-контроль або когортні дослідження з низьким ризиком впливу зовнішніх факторів, систематичної помилки або випадковості і середньою ймовірністю причинного зв'язку	C Сукупність доказів, у тому числі досліджень, оцінених як 2+ і безпосередньо застосовних до цільової популяції, які показують однорідність результатів; або
2- Дослідження випадок-контроль або когортне дослідження з високим ризиком впливу зовнішніх факторів, систематичної помилки або випадковості і значним ризиком відсутності причинного зв'язку	Екстрапольовані дані досліджень, оцінених як 2++
3 Неаналітичні дослідження, наприклад, доповідь про випадок, серію випадків	D Дані рівня доказовості 3 або 4, або
4 Оцінки експертів	Екстрапольовані дані досліджень, оцінених як 2+ Практичні питання √ Рекомендації на основі клінічного досвіду групи розробників посібників

Керівництво підготували за дорученням Комітету з розробки керівництв Королівського коледжу акушерів і гінекологів: **Ms S.J. Moore MRCOG, Oxford and Mr S.H. Kennedy MRCOG, Oxford**

Рецензенти: Dr U. Krishnamoorthy, East Lancashire; College of Emergency Medicine; Consumers' Forum; Obstetric Anaesthetists' Association (OAA); Royal College of Midwives (RCM); Women's Health Pharmacist Group.

Рецензенти Комітету з розробки керівництв: Dr A.J. Thomson MRCOG Paisley, Scotland and Dr K.R. Harding FRCOG, London.

Конфлікт інтересів не оголошений.

За остаточний варіант відповідає Комітет з розробки керівництв RCOG.

Переклад О.М. Щербаня

Список літератури (96 джерел) можна одержати в редакції.