



БОЛЬНАЯ ТЕМА



Автор:
Виктория Николаевна Касян,
врач акушер-гинеколог, гинеколог-эндокринолог, к.м.н., доцент кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Принято считать, что боль внизу живота у женщины – всегда признак исключительно гинекологической патологии. Но так ли это? К примеру, причины длительной хронической тазовой боли распределяются на несколько групп: заболевания желудочно-кишечного тракта, урологические причины, гинекологическая патология, болезни костно-мышечной системы, психологические вопросы и другие. При этом гинекологические причины занимают далеко не лидирующую позицию. Поэтому при тазовой боли всегда крайне важно сперва поставить диагноз и понять, кто из специалистов должен вести эту пациентку. Начать нужно с терапевта и гинеколога.

Вообще болевые синдромы в гинекологии – тема обширная. При этом надо понимать, что есть болевые ощущения, патогномоничные для гинекологического заболевания, а есть проявления, характерные для нормального менструального цикла и не относящиеся к патологическим процессам.

БОЛЬ ВО ВРЕМЯ МЕНСТРУАЦИИ

Дисменорея (боль во время менструации) подразделяется на первичную (не имеющую под собой никаких органических изменений, состояние функциональной природы) и вторичную (боль как симптом гинекологической проблемы, миомы матки или эндометриоза например).

Что такое первичная дисменорея? Давайте вспомним свою молодость и юность. Практически у всех девочек-подростков в дни менструации болит живот, они вынуждены пропускать школу и занятия, принимать различные лекарственные препараты. Несмотря на снижение качества жизни, все почему-то считают, что это норма. А как же иначе? У подружки в классе болит живот, у мамы болел, у сестры. У всех болит? Значит – норма. С одной стороны, это, действительно, вариант нормы, мы знаем, что с возрастом эта боль исчезает. Раз болит у всех, то с такой жалобой к врачам-гинекологам никто не обращается, несмотря на плохое качество жизни и социальные ограничения в эти дни. Самое обидное, что от 70 до 90% молодых девушек занимаются самолечением и принимают препараты, которые к боли не имеют никакого отношения. Самый частый выбор – спазмолитик, например дротаверин. Но ведь нет ни одного исследования, которое доказало, что дротаверин эффективно купирует боли в дни менструации! Препарата нет ни в одном клиническом протоколе.

В случае дисменореи требуются препараты совсем других групп:

- негормональные средства: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), но дозы их должны быть правильными;
- гормональная терапия.

Мы прекрасно знаем, что большая часть гинекологических заболеваний – гормонозависимы. Именно поэтому в арсенале врача акушера-гинеколога широкий спектр различных гормональных препаратов, без которых при решении в том числе проблемы дисменореи не обойтись. Работают комбинированные гормональные контрацептивы, мини-пили, ВМС с левоноргестрелом. То, что контрацептивы снижают интенсивность боли, известно еще с 70-х годов XX века. Но тогда дозы препаратов были настолько высоки, что соотношение

польза/риск (тромбозы, увеличение веса) были оправданы далеко не всегда и требовали серьезной взвешенной оценки. Сегодня эти дозы уменьшились в несколько раз, и профиль безопасности сильно поменялся, развернувшись в сторону полезных эффектов. Поэтому современные контрацептивы – это не только надежная контрацепция, но и дополнительные лечебные свойства. Остается только подобрать то, что подходит конкретно данной пациентке, чтобы качество ее жизни улучшалось.

БОЛЬ В СЕРЕДИНЕ ЦИКЛА

Речь идет о срединных овуляторных болях, или синдроме миттельшмерц, когда в дни предполагаемой овуляции у пациентки возникают 1-, 2-, 3-дневные боли с иррадиацией в промежность или в прямую кишку. Почему возникает боль? Потому что капсула, покрывающая яичник, начинает растягиваться над доминантным фолликулом, размер которого в среднем около 2 см. И за счет этого растяжения яичники «чувствуют» себя не совсем комфортно.

Как вести пациенток с синдромом миттельшмерц? Есть два варианта. Первый – доказать, что это именно срединный болевой синдром, а не что-либо другое, и объяснить пациентке, что с гинекологической точки зрения она абсолютно здорова: у нее регулярный менструальный цикл и овуляции. Большую часть пациенток это успокаивает. Но некоторых убедить не удается, особенно когда раздражающие боли сопровождаются мажущими, кровянистыми выделениями в течение 1–2 дней. Это тоже норма, но не все готовы с ней мириться. В данном случае выход один – «выключить» овуляцию, прибегнув к противозачаточным препаратам. Только не подумайте, что в нашей практике это – панацея! Нет, коллеги, мы, конечно, любим гормональные контрацептивы, но применяем их только, когда они грамотно подобраны и действительно нужны. В профессиональном сообществе акушеров-гинекологов мы прекрасно понимаем, что первоочередная задача назначения контрацептивов – именно контрацепция. Но и отрицать 70-летний опыт их применения, позволивший накопить серьезные доказательные данные об эффективности средств при болях во время менструаций и при срединных болях, тоже нельзя.

У комбинированных гормональных контрацептивов прекрасный профилактический эффект: доказано, что их длительный прием снижает риск развития рака эндометрия, яичников, колоректального рака; развития доброкачественных заболеваний молочных желез. К сожалению, не снижает риск рака молочной железы, но и не повышает его. Плюсом будет и такой важный для женщин выраженный косметический эффект, как улучшение состояния кожи и уменьшение роста волос на теле, лице, конечностях.

САМОЕ ОБИДНОЕ, ЧТО ОТ 70 ДО 90% МОЛОДЫХ ДЕВУШЕК ЗАНИМАЮТСЯ САМОЛЕЧЕНИЕМ И ПРИНИМАЮТ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ К ДИСМЕНОРЕЕ НЕ ИМЕЮТ НИКАКОГО ОТНОШЕНИЯ

БОЛЬ НАКАНУНЕ МЕНСТРУАЦИИ

Гинекологам старшего поколения прекрасно знаком термин «менструальная молимина» – комплекс симптомов (в том числе и болевых), присущих женщинам во второй фазе цикла накануне менструации. Эти симптомы прекрасно всем знакомы: предменструальное набухание молочных желез (циклическая масталгия), перепады настроения, изменение аппетита, отечность накануне менструации, а также тянущие боли внизу живота. И то, что реагирует молочная железа и низ живота, – зачастую норма у молодой женщины при полноценном регулярном овуляторном менструальном цикле.

БОЛЬ КАК СИМПТОМ ЭНДОМЕТРИОЗА

Если есть жалобы на боли в дни менструации или при половых контактах, постоянные тянущие боли внизу живота – в диагностическом поиске мы чаще всего приходим именно к этому диагнозу.

Как оказалось, средний возраст дебюта эндометриоза – 16 лет (!). И тяжелые боли

во время менструации – его предвестники. Но как почувствовать разницу, когда боль – норма, а когда – уже симптом гинекологической проблемы? В роли маркера выступит гормональная терапия. При обычной физиологической дисменорее препарат сработает очень хорошо. И мы не зря приглашаем пациентку на контрольный визит через 3 месяца, когда заканчивается эффект плацебо. Спазмолитик, например, действительно помогает и в первом, и во втором цикле, но на третьем и четвертом – уже нет. До этого времени сохраняется действие препаратов, реально снижающих интенсивность болевых ощущений на 80–90% (НПВС, КОК и др.).

В чем же отличие боли во время менструации при физиологических изменениях (первичная дисменорея) и при симптоме какого-то заболевания (вторичная дисменорея)? Во втором случае боль очень плохо поддается медикаментозному лечению: пациентка все равно будет ее ощущать. И очень важно не упустить этот момент, поскольку от первого дискомфорта, побудившего пациентку обратиться к врачу, до клинического диагноза «эндометриоз» в среднем проходит около 8–12 лет. Пропустить заболевание несложно: при эндометриозе могут быть идеальными результаты как МРТ, так и УЗИ, и только грамотный сбор анамнеза и гинекологический осмотр помогают найти то, что упускает техника, – это буквально диагноз «на кончиках пальцев» при гинекологическом осмотре. И чем раньше он поставлен, тем больше вероятность остановить развитие тяжелой формы эндометриоза, а значит и больше шансов на успешную самостоятельную беременность.

БОЛЬ ПРИ ПОЛОВЫХ КОНТАКТАХ

Очень неприятный симптом, но весьма влияющий на шанс поставить диагноз «эндометриоз» у женщин репродуктивного возраста. Подсознательно пациентки начинают избегать секса, поскольку каждая попытка близости причиняет серьезную боль. Поэтому, когда мы видим у себя на приеме пациентку с бесплодием, мы должны не только уточнить все, что касается функции яичников, но и собрать сексуальный анамнез – выяснить частоту половых контактов. Потому что если пациентке больно при коитусе и секс у нее бывает раз в месяц, то о какой беременности может вообще идти речь? Обусловлена эта боль закономерной воспалительной реакцией на очаги эндометриоза по брюшине малого таза и связкам матки. Выбор тактики ведения – хирургия или консервативная медикаментозная терапия – зависит от конкретной клинической ситуации и ближайших жизненных целей пациентки, в первую очередь беременности.

В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ, В ЭПОХУ ДЕФИЦИТА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ, ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭСТРОГЕНОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНАЯ АТРОФИЯ

В период постменопаузы, в эпоху дефицита женских половых гормонов, одним из проявлений эстрогенодефицита является вульвовагинальная атрофия. Истончается слизистая влагалища и половых органов, становится ранимой. Наши пациентки часто жалуются на сухость и боль при коитусе, и достаточно часто на невозможность половых контактов из-за выраженных болезненных ощущений. Женщины в силу природной скромности далеко не всегда говорят об этом, и это – очередные скрытые жалобы, источники новых нерешаемых проблем. Поэтому задача врача, не только посмотреть на кресле и увидеть дистрофические изменения, но и деликатно расспросить пациентку. При этом данная патология успешно нивелируется менопаузальной гормональной терапией: как системной терапией, так и применением локальных форм с эстриолом.

БОЛЬ КАК СИМПТОМ МИОМЫ МАТКИ

Еще одна гинекологическая проблема, симптомом которой является боль, – миома матки. Болевой синдром наблюдается при подслизи-

стом росте узла, особенно в период менструации, когда матка изо всех сил пытается сократиться и опорожниться, а мышечный узелочек в ее полости не дает этого сделать. Либо при больших узлах, нарушающих благополучие соседних органов (мочевой пузырь, кишечник, нервные окончания).

Как правило, боль при миоме имеет место в случае быстрого роста узла с нарушением его питания и формированием ишемических или, в худшем случае, некротических участков. В этом случае выраженный болевой синдром держится на протяжении нескольких дней. Пациентки при этом могут ходить от специалиста к специалисту, искать причину и… не находить ее. Тут как никогда важны руки и глаза гинеколога, который проводит ультразвуковое исследование: важно увидеть симптомы нарушения питания в узле, поскольку от этого зависит тактика ведения пациентки. Еще одна острая ситуация – перекрут ножки узла, когда кровоснабжение нарушается резко, быстро наступает некроз и развивается картина острого живота, требующая немедленной госпитализации и оперативного лечения.

ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ

В практике гинеколога, равно как и любого специалиста, самые трудные пациентки – это пациентки с хронической тазовой болью, когда боль беспокоит постоянно, а какой-то специфической связи с менструальным циклом нет.

Хроническая тазовая боль не имеет цикличности, длится от 3 до 6 месяцев и более, существенно снижает работоспособность и качество жизни. Причин у нее много. На первом месте стоят проблемы желудочно-кишечного тракта – колиты, запоры, воспалительные заболевания кишечника и т.д. На втором месте – урологические проблемы и мочекаменная болезнь, хронические циститы, воспалительные заболевания уретры и т.д. Гинекология занимает лишь третье место и требует очень тщательного подхода к постановке диагноза, чтобы выбрать оптимальную тактику ведения, а не бросаться сразу решать проблему хирургическим путем, так как у трети пациенток нет к этому показаний, что подтверждает диагностическая лапароскопия. Причинами хронической тазовой боли, если мы говорим о гинекологической патологии, могут быть эндометриоз (самый популярный диагноз), кисты, спайки, воспалительные заболевания матки и придатков.

Однако достаточно часто наблюдаются и неврологические причины – остеохондроз, невралгии, ишиалгии и т.д. И в этом случае крайне важно знать, как правильно посмотреть пациентку на кресле, чтобы отдифференцировать, где болит эндометриоз, а где боль вызвана невралгией тазовых нервов. Нередко бывает так, что на прием приходят молодые девушки с дискомфортом внизу живота, а уходят с рекомендацией обратить внимание на поясничный отдел: заняться йогой, пилатесом, растяжкой и, в целом, попрощаться с малоподвижным образом жизни.

Тяжелая хроническая тазовая боль обязательно требует междисциплинарного подхода. Должен быть консилиум, состоящий из уролога, гинеколога, невролога, гастроэнтеролога. В ряде ситуаций мы привлекаем психологов и психиатров. Наша цель – поставить правильный диагноз, и сделать это как можно быстрее для назначения соответствующего лечения.

БОЛЬ – СЕРЬЕЗНЫЙ ЗВОНОЧЕК, КОТОРЫЙ МОЖЕТ СОКРАТИТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

О БОЛИ НЕЛЬЗЯ МОЛЧАТЬ

Мы очень часто видим, что боль – это скрытая жалоба. Пациентки не связывают болезненные ощущения с необходимостью поделиться ими со своим лечащим врачом. Для нас же боль – серьезный звоночек, который может значительно сократить диагностический поиск, – не назначать ненужных лабораторных анализов или инструментальных исследований, а значит, не упустить время, быстро поставить диагноз и подобрать правильное лечение. Поэтому при сборе жалоб и анамнеза пациенток всегда следует задавать наводящие вопросы и уточнять ситуацию, поскольку пациентка может искренне считать боль нормой и долго ее терпеть.

И еще один важный момент: пациентка должна быть нашим союзником в борьбе с болью или любым другим недугом, поэтому так важно подробно и доступно объяснить нашей подопечной, что происходит с ее организмом, для чего назначают тот или иной препарат или метод лечения и как они работают.