

# ДАЙДЖЕСТ



**\* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

**\* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВОГО ТРАКТУ**

**\* ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (ДИСМЕНОРЕЯ)**



швидко та надійно усуває часту причину болю\* в животі — СПАЗМ

**НО-ШПА® Є — СПАЗМУ НЕМАЄ\*\***

\*\* Белоусов Ю. Б., Леонова М. В. Клиническая фармакология Но-шпа®. Методическое пособие для врачей терапевтов, гастроэнтерологов и клинических фармакологов. — М., 2002.

Р.П. МОЗ України № UA/0391/01/02 від 17.03.10. Перед застосуванням уважно читайте інструкцію. Зберігати в недоступному для дітей місці. Реклама: лікарський засіб. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна». Київ, 01033, вул. Жилианська, 48-50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. www.sanofi-aventis.com.ua

**sanofi aventis**  
Здоров'я — це важливо

UA.DRT.10.09.03

## Информативность опросника боли Мак-Гилла в диагностике хронической тазовой боли

Хронические тазовые боли (ХТБ) представляют собой серьезную проблему в системе здравоохранения. По данным различных авторов, около 30% женщин страдают тазовыми болями, длительность которых превышает 6 мес. В настоящее время единого взгляда на вопросы диагностики и лечения ХТБ не существует, а в 30-60% случаев причина болевого синдрома остается не выявленной.

Причин появления ХТБ множество. Однако какой бы ни была этиология заболевания, боль оказывает существенное влияние на физические, эмоциональные и когнитивные функции человека. В связи с этим оценка ХТБ служит важной задачей, требующей изучения анамнеза боли, физического обследования и проведения специфических диагностических тестов. Опросник боли Мак-Гилла (McGill Pain Questionnaire – MPQ) и его краткая форма позволяют определить сенсорные, аффективно-эмоциональные и другие аспекты болевого состояния пациента. Опросник состоит из 11 сенсорных и 4 аффективных вербальных характеристик, которые больной самостоятельно оценивает по шкале от 0 до 3. Вычисляются три параметра боли: сенсорный, аффективный и общий. Однако не известно, может ли этот опросник применяться для оценки болевого состояния женщин с ХТБ.

Для ответа на этот вопрос ученые из отделения акушерства и гинекологии при Университете Рочестера (г. Нью-Йорк, США) провели ретроспективное когортное исследование, в которое включили 331 пациентку. Информативность краткой формы MPQ при ХТБ определялась по взаимосвязи между полученными баллами и установленным в последующем диагнозом, что позволило изучить чувствительность, специфичность, положительную и отрицательную прогностическую ценность данного метода.

Наиболее частыми причинами ХТБ у больных, принимавших участие в исследовании, оказались эндометриоз, заболевания мочевого пузыря (в т.ч. интерстициальный цистит) и синдром раздраженного кишечника. У 71% пациенток наблюдалось более одной патологии. Результаты исследования показали, что наиболее информативным MGQ оказался для оценки болевого состояния женщин с эндометриозом, менее информативным – с интерстициальным циститом и другими заболеваниями мочевого пузыря, наименее информативным – у пациенток с синдромом раздраженного кишечника. Тем не менее, детально проанализировав полученные данные, ученые сделали вывод, что в качестве оценки состояния у женщин с ХТБ этот метод диагностики имеет весьма ограниченную прогностическую ценность.

Droz J., Howard F.M.

J Minim Invasive Gynecol 2011; 18 (2): 211-217

## Современные представления и основные принципы терапии боли

В нормальных условиях существуют гармоничные взаимоотношения между ноцицептивной и антиноцицептивной системами, в результате которых интенсивность болевого стимула, не выходящего за пределы физиологически допустимых колебаний, сопровождается ответной реакцией его подавления на сегментарном, спиноталамическом и таламокортикальном уровнях организации болевой системы и не сопровождается ощущением боли.

Выделяют транзиторную, острую и хроническую боль. Транзиторная боль провоцируется активацией ноцицептивных преобразователей рецепторов кожи или других тканей тела при отсутствии значимого повреждения ткани и проходит раньше периода ее полного заживления. Развитие острой боли связано, как правило, с вполне определенными болевыми раздражениями поверхностных или глубоких тканей и внутренних органов.

По определению Международной ассоциации по изучению боли, хронической считается «...боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления». Ее длительность может составлять как менее месяца, так и более 6 мес. Наиболее оптимальным сроком, по мнению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, является 3 мес.

Согласно клинко-патологической классификации боли, отражающей механизмы ее формирования, выделяют ноцицептивную, невропатическую и психогенную боль. Ноцицептивная боль, иногда называемая воспалительной, возникает при любом повреждении ткани, вызывающем возбуждение периферических болевых рецепторов и специфических соматических или висцеральных афферентных волокон. Невропатическая боль обусловлена повреждением или изменением состояния соматосенсорной (периферических и/или центральных отделов) системы. Психогенные боли возникают в отсутствие какого-либо органического поражения, которое позволило бы объяснить выраженность боли и связанные с ней функциональные

нарушения. Вопрос о существовании болей исключительно психогенного происхождения является дискуссионным, однако те или иные особенности личности пациента могут влиять на формирование болевого ощущения.

Общие принципы лечения боли предусматривают клиническую оценку состояния нейрофизиологических и психологических компонентов ноцицептивной и антиноцицептивной систем и воздействие на все уровни организации этой системы:

- устранение источника боли и восстановление поврежденных тканей;
- воздействие на периферические компоненты боли – соматические (устранение воспаления, отека и др.) и нейрохимические стимуляторы болевых рецепторов;
- введение биологически активных веществ;
- торможение проведения болевой импульсации по периферическим нервам и в нейроны узла заднего корешка;
- воздействие на процессы, происходящие в задних рогах спинного мозга, и системы последующей трансмиссии болевого сигнала;
- влияние на психологические компоненты боли;
- устранение симпатической активации при соответствующих хронических болевых синдромах.

В связи с большим разнообразием видов и механизмов болей даже при аналогичном основном заболевании существует необходимость участия в их диагностике и лечении различных специалистов – неврологов, анестезиологов, психологов, клинических электрофизиологов, физиотерапевтов и др. Только комплексный междисциплинарный подход к проблемам терапии боли может решить актуальную задачу нашего времени – избавление людей от страданий, связанных с болью.

Алексеев В.В.

[http://www.rmj.ru/articles\\_7446.htm](http://www.rmj.ru/articles_7446.htm)

## Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин: современные диагностические и терапевтические подходы

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают первое место в структуре гинекологической патологии. В первую очередь они поражают молодых, сексуально активных женщин, что в значительной мере связано с такими факторами, как частая смена половых партнеров, использование внутриматочных противозачаточных средств и наличие инфекций, передающихся половым путем.

Наиболее частой причиной ВЗОМТ у женщин является инфекция. Спектр возбудителей этих заболеваний широк, но наиболее частыми являются Chlamydia trachomatis и Neisseria gonorrhoeae (в 30-50% случаев).

Длительно существующие инфекционные заболевания органов малого таза зачастую являются причиной серьезных нарушений репродуктивного здоровья, изменений менструального цикла и снижения либидо, а также считаются одной из основных причин бесплодия. К другим осложнениям ВЗОМТ относят: нетрудоспособность женщины из-за болевого синдрома, увеличение риска самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод и внутриутробного инфицирования плода инфекциями, которые вызвали воспаление. В дальнейшем эти инфекции негативно влияют на формирование микрофлоры кишечника новорожденного.

В большинстве случаев хронические ВЗОМТ у женщин протекают без ярко выраженных симптомов. К наиболее частым признакам болезни относят боль и дискомфорт внизу живота, патологические выделения из влагалища, лихорадку, вагинальное кровотечение, диспареунию и др. В лабораторных анализах можно обнаружить лейкоцитоз, повышение СОЭ и С-реактивного белка. Важное место в диагностике заболеваний отводится трансвагинальному ультразвуковому исследованию, чувствительность которого достигает 85%. С помощью ультразвукового обследования можно определить признаки воспаления труб и яичников. Магнитно-резонансная томография может использоваться для установления окончательного диагноза; она информативна в 95% случаев.

Лечение ВЗОМТ включает обязательное назначение антибиотиков широкого спектра действия, которые также должны быть активными в отношении Neisseria gonorrhoeae и Chlamydia trachomatis. Выбор между парентеральными и пероральными формами препаратов, а также между стационарным или амбулаторным лечением проводится в зависимости от клинического состояния пациента. С учетом возможных осложнений болезни, чрезвычайно важно проведение различных образовательных программ по вопросам репродуктивного здоровья.

Terzic M., Kocijancic D.

Srp Arh Celok Lek 2010; 138 (9-10): 658-663

Подготовила **Ольга Татаренко**