

© Н. В. Протопопова,  
А. А. Семендяев, В. В. Бочков,  
Т. А. Исупова, М. А. Семендяева

## РЕДКИЕ ФОРМЫ ПЕЛВИАЛГИЙ У ЖЕНЩИН И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Иркутский государственный медицинский  
университет: кафедра акушерства и  
гинекологии лечебного факультета, Иркутск

УДК 618.13/14:616.8-009.7

■ Многообразие причин и недостаточная эффективность существующих методов лечения синдрома тазовых болей у женщин, диктует необходимость поиска новых подходов в диагностике и терапии этого состояния. Выделены две группы больных с редко встречающимися формами пелвиалгий — тазовая боль нейрогенной этиологии и тазовый болевой синдром, связанный с варикозным расширением вен придатков матки. В каждой группе больных использованы новые способы лечения этих заболеваний, включавшие эндохирургический подход. При наблюдении за пациентками в течение 1 года после операции получены положительные клинические результаты в лечении больных с редкими формами тазовых абдоминалгий, что указывает на обоснованность применения предлагаемых новых способов их хирургической коррекции.

■ **Ключевые слова:** тазовая боль; варикозное расширение вен придатков матки; нейрогенный характер пелвиалгий; лечебная лапароскопия

### Актуальность проблемы

Современной медицине известно более 70 гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, в клинической картине которых основным симптомом является хроническая тазовая боль (ХТБ) [19].

Согласно данным ВОЗ, у каждого пятого человека в мире наблюдается хроническая боль. Более 60 % женщин, ежегодно обращающихся за помощью к акушеру-гинекологу, предъявляют жалобы на тазовую боль.

Длительно существующая (более 6 месяцев) и, как правило, трудно купируемая ХТБ дезорганизует центральные механизмы регуляции важнейших функций организма женщины, изменяет психику и поведение людей, нарушает их социальную адаптацию [4, 6].

ХТБ является симптомом многих гинекологических заболеваний, таких как генитальный эндометриоз, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов и связанный с ними спаечный процесс малого таза, опухоли внутренних половых органов, синдром Аллена–Мастерса и другие [1, 16].

Среди экстрагенитальных заболеваний к ХТБ наиболее часто приводят нарушения функции опорно-двигательного аппарата, заболевания желудочно-кишечного тракта и органов мочевого выделения [2, 10, 13].

Вместе с тем, по мнению А. Foy, R. Brown [17], P. L. Jenkins [20], E. Loizeau [21], у 18–50 % женщин, страдающих ХТБ, отсутствуют видимые анатомические изменения органов малого таза, поэтому характер болей у них нередко связывают или с психогенным фактором или выделяют отдельную нозологическую группу неорганических болей, не связанных с психическими заболеваниями, — «боль без видимой причины» (МКБ-10, ВОЗ, Женева, 1997).

Проведенные Г. А. Савицким и соавт. исследования [11, 12] указывают, что у таких больных причиной ХТБ могут быть дегенеративно-дистрофические изменения в рецепторном и проводниковом аппарате периферической нервной системы, которые как максимум индуцируют и как минимум усиливают сосудисто-трофические нарушения в иннервируемых органах и тканях.

Мы также считаем, что у пациентов, страдающих тазовой абдоминалгией неясного генеза, несмотря на отсутствие видимых причин заболевания, существуют факторы, которые могут играть важную роль в индуцировании патологической боли. К ним можно отнести так называемые застойные боли, возникающие при нарушениях регионарной и внутриорганной гемодинамики, а также пелвиалгии вследствие кровенаполнения

тазовых органов. Возникающие в этих случаях нарушения микроциркуляции и ишемизация тканей приводят к образованию продуктов, ухудшающих клеточный метаболизм с гиперпродукцией аллогенных субстанций — биологически активных аминов и гидроперекисей. В результате чего развиваются дистрофические и функциональные изменения как в самих органах и тканях, так и в периферическом нервном аппарате [8, 22, 23].

Принимая во внимание вышеуказанный причинно-следственный характер возникновения ХТБ, можно предположить, что за счет ослабления или прекращения гиперактивности ноцицептивных нейронов и предупреждения распространения ноцицептивного импульса по нервным волокнам с алгического очага удастся добиться предотвращения или уменьшения интенсивности поступления патологической импульсации в центральную нервную систему [18].

Учитывая полиэтиологичный характер изучаемой патологии и многообразие существующих лечебных мероприятий, целью настоящего исследования была разработка методов лечения, которые бы на местном уровне способствовали локальной блокаде ноцицептивного импульса с аллогенного очага [13].

### Материал и методы

Нами были выделены 2 группы больных, страдающих синдромом ХТБ, из 21 и 30 человек, которые на протяжении длительного времени с целью купирования пелвиалгий принимали различные фармакологические препараты, включая спазмолитические, вазотропные, седативные, психотропные и нестероидные противовоспалительные средства, половые гормоны, а также различные естественные и преформированные физические факторы.

### Результаты и обсуждение

У больных первой группы (21 женщина), несмотря на последовательное применение комплекса клинико-лабораторного и аппаратно-инструментального обследования, в том числе эхографического, рентгенологического и эндоскопического исследований, анатомическая причина ХТБ не была выявлена. Указанным больным во время лапароскопии дополнительно производилась биопсия различных участков брюшины малого таза и подлежащих к ней тканей. При гистологическом изучении биопсийного материала брюшина была представлена уплощенными атрофическими слоями клеток мезотелия. В прилегающих к ней тканях имелись признаки воспалительных изменений в виде скопления лейкоцитов, участков фиброза и васкулита,

отмечалась гиперплазия нервных окончаний и очаговый склероз. Указанные морфологические изменения мы относили за счет хронического неспецифического воспалительного процесса брюшины малого таза и подлежащей клетчатки, в результате повреждения которых происходит нарушение биохимических процессов, потенцирующих гиперактивность ноцицептивных нейронов в тканях, вследствие чего формируются патогенные алгические зоны.

Для предотвращения (уменьшения) поступления ноцицептивной импульсации в ЦНС с тазовых органов и тканей, нами предложен метод (патент на изобретение № 2309775) лечения пелвиалгий, заключающийся в забрюшинном введении в пресакральное пространство лекарственной смеси (с учетом индивидуальной переносимости препаратов), состоящей из раствора новокаина, нафтидрофурила, мексидола и витамина В<sub>12</sub>. Для чего, под контролем лапароскопа в область пояснично-крестцового сплетения подбрюшинно на глубину 2–4 см вдоль крестцовой впадины вводили тонкий катетер, используемый для перидуральной анестезии, свободный конец которого выводили через переднюю брюшную стенку наружу. Через него в пресакральное пространство подавалась лекарственная смесь, состоящая из вышеуказанных препаратов, общим объемом до 100,0–150,0 мл. Создаваемая таким образом «лекарственная подушка» обладает пролонгированным лечебным эффектом, предупреждающим на длительный период времени патологическую импульсацию по нервным волокнам с висцеральных и париетальных отделов таза в центральные отделы нервной системы. Указанную процедуру в послеоперационном периоде повторяли ежедневно на протяжении 4–7 дней. Осложнений ни в одном случае отмечено не было.

Вторая группа больных состояла из 30 женщин, у которых основной причиной ХТБ было варикозное расширение вен придатков матки (**ВРВПМ**). Указанные больные, так же как и пациенты первой группы в течение длительного времени получали комплексное медикаментозное лечение, включая прием обезболивающих и венотонных лекарственных средств.

Этим пациенткам диагноз ВРВПМ был поставлен на основании ультразвукового ангиосканирования с цветным доплеровским картированием на аппаратах «Aloka 1700» и «Toshiba 550 Nemio», с использованием абдоминального и вагинального датчиков частотой 3,5 и 7,5 МГц соответственно. Во время эхографии оценивали геометрию сосуда, его диаметр, наличие пульсации, скорость кровотока, степень обратного сброса крови в них, выраженность овариоцелле,

выполняли УЗИ-контроль эффективности хирургического лечения и последующей консервативной терапии.

Несмотря на неинвазивность и безопасность ультразвукового исследования, по мнению О. В. Проскуряковой, С. Э. Лелюк [9] и А. М. Шулуток [15], при его применении существуют определенные трудности в оценке состояния венозной сети малого таза, что обусловлено большим количеством сплетений и анастомозов вен, разнообразием и вариабельностью их диаметра, а также в тех случаях, где имеются нарушения кровообращения, связанные с полной или частичной окклюзией венозных стволов. Кроме того, при эхографии имеются существенные затруднения в визуализации клапанного аппарата вен, в связи с малой толщиной их створок и низкой эхогенностью, которая мало отличима от эхогенности просвета вен [5, 14].

Дополнительно, для объективной оценки гонадных вен, 11 больным была проведена ретроградная селективная почечная и яичниковая флебография с введением в них катетера через бедренную вену по Сельдингеру. Указанную процедуру выполняли с помощью ангиографической установки фирмы «Bosch-Siemens» (Германия).

В своих исследованиях мы выделяли 2 степени варикозного расширения яичниковых вен. Первая степень — когда диаметр сосуда не превышает 5 мм, вторая — когда внутренний размер вен был более 5 мм. В характере развития венозной сосудистой сети мы различали магистральный, рассыпной и сочетанный типы.

Всем 30 женщинам с ВРВПМ нами была произведена хирургическая коррекция основного заболевания. Ранее указанные пациенты принимали консервативное патогенетическое лечение основного заболевания, которое в большинстве своем имело недостаточный клинический эффект, с сохранением тазового болевого синдрома и ухудшением его течения. При ультразвуковом и флебографическом исследованиях у наблюдаемых больных имелся рассыпной или смешанный тип строения венозной сосудистой сети яичников и маточных труб и преимущественно вторая степень расширения просвета венозных сосудов. У 16 больных было левостороннее расширение вен придатков матки, у 14 — двустороннее.

В хирургическом методе лечения больных с варикозным расширением вен таза применяются различные способы. Это — перевязка и клипирование венозных сосудов, чрезкатетерная эмболизация сосудистого русла, рассечение или коагуляция периферических вен.

Результаты таких операций, несмотря на получаемый положительный эффект, носят или вре-

менный характер в связи с неполной мобилизацией (клипирование, лигирование и коагуляция, при этом не удается охватить все сосуды) периферических венозных сосудов при рассыпном типе строения сосудистой сети или ограничены в применении в связи с высоким риском развития осложнений в виде отрыва от сосудистой стенки и миграции эмболов или вследствие венозных кровотечений и гематом при рассечении сосудистой стенки [3].

ВРВПМ наиболее часто встречающаяся патология среди висцерально расширенных вен малого таза. Это связано с анатомическим строением почечно-яичниковой венозной системы. Как известно, левая яичниковая вена впадает в соответствующую почечную вену, а правая — в нижнюю полую. Ретроградный сброс крови по левой яичниковой вене может иметь различные причины: из-за нарушения оттока по почечной вене ввиду ее сдавления при ущемлении в аортomesентериальном «пинцете», за счет деформации в результате ротации и смещения подвижной почки, при стенотическом поражении и др. Большое значение имеет угол впадения яичниковой вены в почечную — чем он острее, тем меньше гемодинамическая нагрузка в яичниковой вене. Кроме того, частой причиной нарушения венозной циркуляции является неполноценность клапанного аппарата левой почечной вены. Механизм развития правостороннего овариоцелле связан с высоким венозным давлением в нижней полой вене и морфологической несостоятельностью стенок яичниковой вены. Имеющиеся гемодинамические нарушения в яичниковых венах приводят к овариоцелле и хроническому застою крови в яичниках, что, в свою очередь, провоцирует развитие болевого синдрома, вызывает дисфункцию половых желез и бесплодие [7].

Для лечения ВРВПМ нами был разработан способ склерозирования яичниковых вен, который до этого уже был апробирован в хирургии при лечении варикозно расширенных вен нижних конечностей. Оригинальность предлагаемого метода заключается в том, что фибросклерозант вводится в венозное сосудистое русло под лапароскопическим контролем. Суть метода заключается в следующем. Под визуальным контролем с помощью мягких эндохирургических щипцов между браншами пережимается наиболее крупный (можно 2 или 3 мелких) коллекторный сосудистый ствол, входящий в состав овариоцелле, по которому идет основной отток венозной крови из яичника и маточных труб. Ниже места наложения щипцов тонкой иглой (24–28 G) пунктировали стенку венозного сосуда и инъецировали в его просвет 0,5–1,0 % раствора этоксисклерола.

Процесс гомогенизации препарата в сосудистом русле занимал 3–5 минут, после чего щипцы убирали. Эффективность флебосклерозирования оценивали через 1–2 часа после операции, затем при выписке из стационара, далее через 1–6–12 месяцев после хирургического вмешательства.

По данным динамического эхографического контроля, в течение месяца после операции у оперированных больных отмечалось постепенное уменьшение площади бассейна оварио- и сальпингоцелле, что можно объяснить эффектом от склеротерапии за счет облитерации варикозно расширенных мезоовариальных вен и уменьшения ретроградного дополнительного притока венозной крови по ним к овариальному и овариально-трубному коллекторам.

В последующем, при наблюдении за больными в течение 1 года после оперативной коррекции ВРВПМ, рецидива ВРВПМ ни в одном случае зарегистрировано не было.

Все пациентки в течение 1–3 месяцев после операции дополнительно получали фармакотерапию венотропными препаратами и антиагреганты.

Болевые ощущения в обеих группах клинического наблюдения основывались на оценке жалоб больных по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), опроснику Мак-Гиля (McGill Pain Questionnaire, MPQ) и Дартмутской болевой анкете «Самовосприятие».

При наблюдении за оперированными больными в течение 0,5 года ни у одной из них не отмечено рецидива пелвиалгий. Через 0,5–1,0 года после операции у 8 больных, которым ранее проводились пресакральные новокаиновые блокады появились периодические тянущие боли внизу живота и поясничной области. В связи с чем они получали мануальную и иглорефлексотерапию. Другим 4 пациенткам из этой же группы пациенткам потребовалось назначение медикаментозного лечения. В группе больных с ВРВПМ в течение 0,5–1,0 года после операции симптомы тазовых болей отмечали только двое (6,6 %) больных. Им был проведен повторный курс лекарственной венотропной терапии с положительным эффектом.

Таким образом, принимая во внимание всю патогенетическую сложность проблемы тазовых болей у женщин, существующее многообразие факторов, вызывающих это состояние, и большое число методов лечения, выделение среди этих больных редких форм синдрома тазовых болей, к которым можно отнести варикозное расширение висцеральных вен (придатков матки) малого таза и тазовую боль нейрогенной этиологии, возникает необходимость поиска новых подходов в их лечении. Исходя из этого, предпринятые нами нетрадиционные попытки медикаментозного лече-

ния указанных форм пелвиалгий с эндохирургическим контролем и полученные положительные клинические результаты после их применения позволяют надеяться на обоснованность использования предлагаемых методов лечения.

## Литература

1. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин / Рымашевский Н. В., Маркина В. В., Волков А. Е. [и др.]. — Ростов н/Д, 2000. — 143 с.
2. Волчков В. А. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии / Волчков В. А., Игнатов Ю. Д., Страшнов В. И. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 318 с.
3. Гаврилов С. Г. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние проблемы / Гаврилов С. Г., Бутенко О. И., Черкашин М. А. // *Анналы хирургии*. — 2003. — № 1. — С. 7–12.
4. Дионесов С. М. Боль (влияние болевых раздражений на жизнедеятельность организма) / Дионесов С. М. — Благовещенск, 1958. — 202 с.
5. Евдокимов А. Г. Болезни артерий и вен / Евдокимов А. Г., Тополянский В. Д. — М.: АCADEMIA, 2006. — 252 с.
6. Кассиль Г. Н. Наука о боли / Кассиль Г. Н. — М.: Наука, 1975. — 395 с.
7. Лопаткин Н. А. Стеноз почечной вены / Лопаткин Н. А., Морозов А. В., Житникова Л. Н. — М.: Медицина, 1984. — 136 с.
8. Подзолкова Н. М. Сосудистый фактор в генезе хронической тазовой боли и бесплодия у женщин. Эволюция лечебно-диагностической концепции от В. Ф. Снегирева до наших дней / Подзолкова Н. М., Орлова О. А. // *Акуш. и гин.* — 2002. — № 4. — С. 15–18.
9. Проскуракова О. В. Ультразвуковое исследование венозных сосудов неизмененных внутренних половых органов / Проскуракова О. В., Лелюк С. Э. // *Эхография*. — 2000. — Т 1, № 1. — С. 115–122.
10. Роузвиза С. К. Эндометриоз и хроническая тазовая боль / Роузвиза С. К. // *Гинекология (справочник практического врача)*: пер. с англ. / ред. Роузвиза С. К., ред. перевода Айламазян Э. К. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 364–388.
11. Савицкий Г. А. Клинико-патогенетические параллели при синдроме тазовых болей у женщин репродуктивного возраста / Савицкий Г. А., Иванова Р. Д. // *Акуш. и гин.* — 1983. — № 11. — С. 62–65.
12. Савицкий Г. А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Савицкий Г. А., Иванова Р. Д., Щеглова И. Ю., Попов П. А. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. — 138 с.
13. Фишер Р. Боль в поясничном отделе позвоночника и тазовом поясе / Фишер Р. // *Локальное лечение боли*. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 104–117.
14. Чуриков Д. А. Ультразвуковая диагностика болезней вен / Чуриков Д. А., Кириенко А. И. — М.: Литера, 2006. — 85 с.
15. Шулуток А. М. Варикозная болезнь / Шулуток А. М. — М.: Миклош, 2003. — 113 с.

16. Яроцкая Е. Л. Особенности тактики ведения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями / Яроцкая Е. Л., Адамян Л. В. // Пробл. репрод. — 2003. — № 3. — С. 17–26.
17. Foy A. Chronic lower abdominal pain in gynaecological practice / Foy A., Brown R. // Update. — 1987. — Vol. 27. — P. 19–25.
18. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment / Gunter J. // Obstet. Gynecol. Surv. — 2003. — Vol. 58, N 9. — P. 615–623.
19. Hahn L. Chronic pelvic pain in women. A condition difficult to diagnose — more than 70 different diagnoses can be considered / Hahn L. // Lakaztidningen. — 2001. — Vol. 11, N 15. — P. 1780–1785.
20. Jenkins P. L. Psychogenic abdominal pain / Jenkins P. L. // Gen. Hosp. Psychiatry. — 1991. — Vol. 13, N 1. — P. 27–30.
21. Loizeau E. Clinical problem: painful abdomen / Loizeau E. // Rev. Med. Suisse Romande. — 1995. — Vol. 115, N 4. — P. 303–305.
22. Taylor H. C. Vascular congestion and hyperemia / Taylor H. C. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1949. — Vol. 57. — P. 211–230.
23. Wesselmann U. Clinical characteristics and pathophysiology of pelvic pain in women / Wesselmann U. // Schmerz. — 2002. — Vol. 16, N 6. — P. 467–475.

Статья представлена Э. К. Айламазяном  
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,  
Санкт-Петербург

#### RARE FORMS OF PELVIALGIA IN FEMALES AND METHODS OF THEIR TREATMENT

Protopopova N. V., Semendyaev A. A., Bochcov V. V.,  
Isupova T. A., Semendyaeva M. A.

■ **Summary:** The variety of causes and low effectiveness of present methods of treatment of pelvic pain syndrome in the female results in the necessity in search of new methods of diagnosis and treatment of the state. Two groups of patients with the rare forms of pelvic pain — those neurogenous etiology and those associated with the varicose veins of the uterine appendages — have been revealed. New methods of treatment including the endosurgical one have been used in each group of patients. During the one-year follow-up after the operation good clinical results of treatment of rare forms of pelvic pain have been obtained, and that shows validity of application of the suggested methods of their surgical corrections.

■ **Key words:** pelvic pain; varicose veins of the uterine appendages; neurogenous etiology of pelvialgia; endosurgical