

УДК 618.13

Н.В. Протопопова, А.С. Коган, А.А. Семендяев, В.В. Бочков

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН**

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Приводится литературный обзор современных представлений о синдромах тазовой боли у женщин. В статье акцентируются различные подходы к определению боли и ее клиническому течению, наряду с существующими методами ее диагностики и течения.

Ключевые слова: тазовая боль, расширение вен таза, методы диагностики и лечения тазовой боли

**MODERN ASPECTS OF CAUSATION, PATHOGENESIS, DETECTION AND TREATMENT
OF WOMEN'S CHRONIC PELVIC PAIN**

N.V. Protopopova, A.S. Kogan, A.A. Semendyaev, V.V. Bochkov

***Obstetrics and Gynecology Department of Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Scientific Center of Reconstructive and Restoration Surgery ESSC SB RAMS, Irkutsk***

This is the review of modern literature embraces syndromes of women's pelvic pain. The review points out different leadings to the pain and clinical course of it, alongside with the existing methods of its detection and treatment.

Key words: pelvic pain, pelvis varicose veins, methods of detection and treatment of pelvic pain

Синдром тазовых болей (СТБ), его объективная диагностика и методы лечения широко обсуждаются на страницах мировой печати. Этот синдром, получивший название синдром Taylor [39], по образному выражению D.H. Zermann et al. [43] из университета штата Колорадо (США) до сих пор остается «диагностической и терапевтической головоломкой».

Недавно Ю.В. Васильевым (2004) в монографии «Тазовая конгестия: патогенетическое значение при урогенитальной патологии у мужчин» [1] был проведен экспериментальный анатомо-клинический анализ этого синдрома у мужчин. Было показано, что конгестия, переводимая на русский язык как венозный застой в бассейне малого таза, проявляется не только дилатацией вен, характеризуемой некоторыми авторами как их варикозная трансформация, но и наличием в тазовых венах различной распространенности тромбозов, флебитов.

Таким образом, предполагается, что патология венозной гемодинамики в области малого таза является важным патогенетическим механизмом тазовой боли [1, 2, 5, 6, 25, 41, 42].

Принято считать [21], что к хроническому СТБ следует относить случаи без какого-либо злокачественного процесса в малом тазу, при его продолжительности более 6 месяцев. К настоящему времени описан ряд патологических (хронических) процессов, которые манифестируют различной интенсивностью и тяжестью СТБ.

Так, например, в рамках СТБ различают болевой синдром при эндометриозе, вагинальный болевой синдром, ассоциируемый с воспалительными процессами в урогенитальной системе или сексуальными дисфункциями, вульво-вестибулярный болевой синдром, болевой синдром вызванный патологией клитора (гиперчувствительность при точечном раздражении) и другие варианты.

В классификации M. Fall et al. [21], (Европейская ассоциация урологов, 2003), этиологически СТБ подразделяется следующим образом:

- урологические причины;
- гинекологические;
- аноректальные;
- неврологические;
- мышечные.

L. Hahn (2001) [26] считает, что в дифференциально-диагностическом отношении приходится иметь в виду более 70 заболеваний, могущих быть причиной тазовой боли. И, напротив, даже при самом тщательном обследовании, какой-либо патологии может быть не найдено [15, 25, 42].

U. Wesselmann (2002) [42] в таких случаях использует термин «идиопатическая боль».

Круг клиницистов, принимающих участие в диагностике и лечении СТБ весьма широк (гинекологи, урологи, проктологи, онкологи, специалисты в области гастроэнтерологии, ангиологи, эндоскопической диагностики, визуализирующих методов исследований, невропатологи, психиатры и другие) [11, 13, 17, 22, 38].

В вышеприведенной классификации отсутствует упоминание об идеопатическом СТБ, патологии костей таза, посттравматических СТБ, а также СТБ сосудистого генеза (конгестия).

Очень сложен и нерешен до сих пор вопрос об объективной оценке интенсивности СТБ. В большинстве случаев этот показатель оценивается на основании субъективных данных (анамнез) и результатах объективного мануального осмотра. Совсем сложным остается распознавание дисфункции тазового дна, его мышечно-фасциального аппарата, которая может вызвать пролапс органов малого таза с манифестацией СТБ [24, 28].

В настоящее время, при СТБ широко используются практически все методы визуализирующих исследований, как неинвазивные, так и инвазивные [4, 6, 12, 19, 31–34, 36]. Есть основания полагать, что лапароскопические исследования имеют особое значение в диагностике патологических процессов в области таза. Важно, что этот метод может в процессе его диагностического применения трансформироваться в лечебный, то есть выполняться лапароскопические операции (различного объема и степени сложности, что описано довольно широко) [7, 8, 10, 14, 29].

В литературе не являются редкостью работы, в которых изложены методы различного воздействия на нейрогенные механизмы СТБ (блокады пресакральных, магистральных нервов) [16, 23, 24, 30, 31, 37].

Описаны операции на костных структурах таза при их анатомическом нарушении после родов [20].

Методы диагностического изображения тазового венозного сплетения (в виде селективной флебографии яичниковых вен), а также ультразвуковое исследование (УЗС) в диагностике СТБ имеют ограниченное применение, в связи с высокой рентгенологической нагрузкой при селективной флебографии и дороговизной исследования при УЗС.

При верификации именно хронического СТБ, отсутствии локальной опухолевой патологии в области малого таза и острой инфекционной природы заболеваний, применяется широкий спектр препаратов анальгезирующего характера, психотропных средств [7, 13].

Совершенно очевидно, что это так называемое симптоматическое лечение, о котором достаточно подробно написано Г.А. Савицким и соавт. [7]. Здесь уместно отметить трудность диагностики и лечения интерстициального цистита, манифестирующего СТБ. Методам его лечения посвящена практически необозримая литература. Создается впечатление, что клинические варианты урогенитальной патологии, манифестации СТБ занимают существенное место среди причин СТБ в этиологии этого синдрома. Очевидно, что ни хирургические, ни хирургические методы лечения при этом до сих пор этиологически неясном заболевании, не могут быть широко применяемы, ибо большинство из них патогенетически недостаточно обоснованы.

В лечении СТБ находят также применение иглорефлексотерапия, гормонотерапия, а также физиотерапевтические методы лечения [7, 9].

Эти методы можно оценивать также как симптоматические, но не этиотропные, хотя сообщается об эффективности их применения, но далеко не у всех пациенток.

Роль нарушения венозной гемодинамики в области малого таза, манифестирующая ретроградным кровотоком по яичниковым венам, побудила специалистов в эндоваскулярной хирургии применять их лигирование, либо окклюзию [10].

Авторы описывают положительные результаты, но общий опыт применения этого метода лечения СТБ явно недостаточен для его четкой оценки. С учетом особенностей анатомии и физиологии кровообращения в области малого таза, массы коллатералей, вено-венозных анастомозов, приходится сомневаться в том, что при конгестии этот метод нормализует венозную гемодинамику в области малого таза вследствие блокады ретроградного кровотока по этим венам.

Привлекает внимание метод воздействия на венозную гемодинамику малого таза (при конгестии) неинвазивного переменного баровоздействия, предложенного Ю.В. Васильевым (2004). Существом этого метода является локальное применение чередующегося положительного и отрицательного атмосферного давления на область гипогастриума, стимулирующего по мнению автора центропетальный венозный отток.

В литературе высказывается мнение, что СТБ — это периферическая нейропатия [35]. Такое мнение существует давно и побудило к применению психотропных препаратов, ненаркотических анальгетиков [7, 13].

Анатомические исследования и клинический опыт показывают, что вся область таза является обширной рефлексогенной зоной. Нервы окутывают все анатомические структуры малого таза сетью, подобно мелкопетливой тюли. В связи с этим, источники болевой импульсации множественны. Поэтому в практике лечения СТБ применяются различные варианты регионарных и проводниковых блокад с использованием различных анестетиков [19, 31].

В комплекс методов лечения СТБ входят также различные хирургические операции от минимально травматичных с помощью эндоскопической техники, до довольно обширных вмешательств лапаротомным доступом с иссечением варикозно расширенных вен, пластикой мышц тазового дна, коррегирующих операций при опущении матки (вентрофиксация) и даже ее удаление, коррекция анатомических нарушений костей таза [18, 27, 29].

Перечисленные в общих чертах подходы к лечению СТБ столь же многообразны, насколько многообразны этиологические и патогенетические факторы этого заболевания. Не будет большой ошибкой считать, что СТБ в большинстве случаев процесс вторичный — следствие вариабельной патологии органов малого таза, приводящей к раз-

витию периферической нейропатии. В этот процесс вовлекается в большей или меньшей мере клетчаточные пространства таза, приводя к развитию тазового целлюлита [26].

В заключение следует отметить, что в доступной литературе мы нашли более 300 работ по проблеме СТБ и можно полагать, что это весьма неполная цифра. Их гораздо больше, что подчеркивает актуальность проблемы и необходимость ее дальнейшего исследования.

Изученные нами работы по проблеме СТБ наглядно показывают, что эта проблема актуальна не только для развивающихся стран, но и стран с высоким уровнем экономики. Множество предложенных методов лечения, свидетельствует о том, что, к сожалению, существуют трудности в этиопатогенетической диагностике СТБ, особенно при отсутствии нозологического диагноза, осложненного СТБ.

Приходится признать, что в случаях «идиопатической боли» (по U. Wessermann, 2002) доминирует симптоматическое лечение, вариантов которого множество, и его успех во многом зависит от искусства врача и его коллег различной специализации.

Создается впечатление, что проблема СТБ, как у женщин, так и у мужчин, является междисциплинарной. Множество этиологических и патогенетических факторов позволяют в настоящее время (при отсутствии очевидной патологии органов малого таза) сохранить термин СТБ. Аналогом может, например, служить синдром эпигастральных болей, вызываемый очень обширным перечнем заболеваний органов брюшной полости, сосудистой патологией.

Идеальным вариантом является нозологическая диагностика, которая до сих пор, к сожалению, не всегда возможна в широкой медицинской практике. В связи с этим, актуален и правомочен синдромальный диагноз СТБ, побуждающий к параллельному лечению (пусть даже симптоматическому) и упорным исследованиям этиологии заболевания.

Как известно, диагностика «с ходу» не всегда успешна, а наблюдение за больным (в экстренных случаях ограниченное во времени), оценка динамики процесса, эффективности синдромального лечения может принести существенную пользу. Этому учит опыт клинической медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеев В.А. Иммунологические аспекты патологической боли / В.А. Евсеев, С.И. Игонькина, Л.А. Ветрилэ // Вестн. Рос. Акад. Мед. Наук. — 2003. — № 6. — С. 12—15.
2. Кириенко А.И. Хирургическое лечение варикозной болезни малого таза / А.И. Кириенко, В.И. Прокубовский, В.Ю. Богачев // Третья конф. асоц. флебологов России. — Ростов Н/Д. — 2001. — С. 150.
3. Клиническая эффективность гормональной терапии и качества жизни больных наружным генитальным эндометриозом с синдромом хронической тазовой боли / А.Н. Стрижаков, Н.М. Подзолкова, Н.М. Ткаченко и др. // Пробл. эндокринол. в акушерстве и гинекол. — М., 1997. — С. 11—113.

4. Место эхографии в диагностике причин синдрома тазовых болей / А.Е. Волков, Н.В. Рымашевский, А.Ф. Михельслан и др. // Ультразвуковая диагностика в акуш. гин. и педиатр. — 2000. — № 1. — С. 62—66.
5. 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 / Н.М. Подзолкова, О.А. Орлова // Акуш. и Гин. — 2002. — № 4. — С. 15—18.
6. Проскуракова О.В. Ультразвуковые исследование при расширении вен малого таза у женщин / О.В. Проскуракова // Эхография. — 2000. — № 3. — С. 257—262.
7. Семендяев А.А. Пролонгированный протеолиз иммобилизованными препаратами при эндорурургическом органосохраняющем лечении острых гнойных процессов малого таза и трубной беременности: Дис. ... д-ра мед. наук. — 2002. — 181 с.
8. Суковатых Б.С. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности / Б.С. Суковатых, Л.Н. Беликов, О.А. Родионов // Вестник хирургии. — 2003. — С. 26—30.
9. Тазовая конгестия: патогенетическое значение при урогенитальных заболеваниях у мужчин / Ю.В. Васильев и др. // Иркутск. — 2004. — 184 с.
10. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Г.А. Савицкий, Р.Д. Иванова, И.Ю. Щеглова, П.А. Попов. — СПб., 2003. — 138 с.
11. Шарова Л.Е. Лучевая диагностика варикозного расширения вен малого таза / Л.Е. Шарова // Вестн. СПб. гос. мед. академ. — 2004. — № 4. — С. 144—147.
12. Шатов А.В. Значение магитно-резонансной томографии в определении причин синдрома хронической тазовой боли у женщин / А.В. Шатов, М.В. Фролов // Матер. 5 научно-практ. конф. по магнитно-резонанс. томогр. — М., 1998. — С. 86—87.
13. Щеглова И.Ю. Место психиатрической помощи в комплексном обследовании и лечении пациенток с синдромом тазовых болей / И.Ю. Щеглова, М.Д. Острицкий // Акт. вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. — СПб., 1992. — С. 189—191.
14. Эхография матки и доплерометрия сосудов малого таза при различной активности аденомиоза / Г.А. Пенжоян, Г.В. Гудков, И.И. Куценко и др. // Рос. Вестн. Акуш. Гин. — № 5. — 2003. — С. 45—51.
15. Яроцкая Е.Л. Особенности тактики ведения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями / Е.Л. Яроцкая, Л.В. Адамян // Пробл. репрод. — 2003. — № 3. — С. 17—26.
16. Triple pelvic ring fixation in patients with severe pregnancy-related low back and pelvic pain / S.M. Van Zwielen, E.M. van den Bosch, C.J. Snijders et al. // Spine. — 2004. — Vol. 29, N 4. — P. 478—484.
17. Bilateral oophorectomy and hysterectomy in the treatment of intractable pelvic pain associated with pelvic congestion / R.W. Beard, R.G. Kennedy, K.F. Gangar et al. // Br. J. Obstet Gynecol. — 1991. — Vol. 98. — P. 988—992.
18. Calvilo O. Computed tomography — guided pudendal nerve block / O. Calvilo, I.M. Skaribas, C. Rocket // Reg. Anesth. Pain Med. — 2000. — Vol. 25. — P. 420—423.
19. Chronic prostatitis: A myofascial pain syndrome? / D.H. Zermann, M. Ishigooka, R. Doggweiler et al. // Univ. Colorado Health Science Center, Denver. — Infect. Urol. — 1999. — Vol. 12, N 3. — P. 84—88.
20. Foog L.C. Microvascular change in the peripheral microcirculation of women with chronic pelvic pain due to congestion / L.C. Foog, J. Gamble, R.W. Beard // Biog. — 2002. — Vol. 109, N 8. — P. 867—873.
21. Guidelines on chronic pelvic pain / M. Fall, A.P. Bazanowski, C.J. Fovler et al. // Eur. Ass. Urol. — 2003. — P. 6—55.
22. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment / J. Gunter // Obstet. Gynecol. Surv. — 2003. — Vol. 58, N 9. — P. 615—623.
23. Hahn L. Chronic pelvic pain in women. A condition difficult to diagnose — more than 70 different diagnoses can be considered / L. Hahn // Lakaztidningen. — 2001. — Vol. 11, N 15. — P. 1780—1785.
24. Howard F.M. Pelvic Floor Syndrome / F.M. Howard // Philadelphia. — 2000. — P. 429—432.
25. Howard F.M. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain / F.M. Howard // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 14, N 3. — P. 467—494.
26. Initial experience with treatment of chronic pelvic pain syndrome / G.N. Bachar, A. Belenky, F. Grief et al. // Isr. Med. Assoc. — 2003. — Vol. 5, N 12. — P. 843—846.
27. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain / M. Redecha, A. Nisnanska, M. Korbel et al. // Bratisl. Lek. Listy. — 2000. — Vol. 101, N 8. — P. 460—464.
28. Laparoscopy in chronic pelvic pain — a retrospective clinical study / M. Mara, Z. Fucikova, A. Kuzel et al. // Ceska Gynecol. — 2002. — Vol. 67, N 1. — P. 38—46.
29. Longterm follow-up (5—20 years) after uterine ventrosuspension for chronic pelvic pain and deep dyspareunia / R. Halpezin, A. Padoa, D. Schneider et al. // Gynecol. Obstet Invest. — 2003. — Vol. 55, N 4. — P. 216—219.
30. Moore M.L. Diagnostic and operative transvaginal hydrolaparoscopy for infertility and pelvic pain / M.L. Moore, M. Cohen // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2001. — Vol. 8, N 3. — P. 393—397.
31. New simple ultrasound — guided infiltration of the pudendal nerve: ultrasonographic technique / P. Kovacs, H. Gruber, J. Piegger et al. // Dis. Colon Rectum. — 2001. — Vol. 44. — P. 1381—1385.
32. Pain relief in complex regional pain syndrome due to spinal cord stimulation does not depend on vasodilation / M.A. Kemler, G.A. Barendse, M. van Kleef et al. // Anesthesiology. — 2000. — P. 1653—1660.

33. Pelvic pain score in women without pelvic pathology / J. Abbott, J. Hawe, N. Shaloot et al. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2002. — Vol. 9, N 4. — P. 414—417.

34. Perry C.P. Peripheral neuropathies causing chronic pelvic pain / C.P. Perry // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2000. — Vol. 7. — P. 281—287.

35. Presacral neurectomy and uterine nerve ablation in chronic pelvis pain. Laparoscopic management / L.F. Garsia, O.G. Oviedo, C.H. Reyes et al. // Gynecol. Obstet. Mex. — 2003. — N 71. — P. 137—142.

36. Sacral neuromodulation as an effective treatment for refractory pelvic floor dysfunction / S. Adoseif, K. Tamaddon, S. Chalfin et al. // Urology. — 2000. — N 60. — P. 52—56.

37. Schmidt R.A. Functional evaluation of sacral nerve root integrity. Report of technique / R.A. Schmidt, E. Senn, E.A. Tanagho // Urology. — 1990. — N 35. — P. 388—392.

38. Sichlan M.J. Transcatheter embolotherapy for the treatment of pelvic congestion syndrome / M.J. Sichlan, J.S. Yao, R.L. Vogelzang // Obstet. Gynecol. — 1994. — Vol. 83, Pt. 2. — P. 892—896.

39. Taylor H.C. Vascular congestion and hyperemia / H.C. Taylor // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1949. — N 57. — P. 211—230.

40. The prognostic value of asymmetric laxity of the sacroiliac joints in pregnancy related pelvic pain / L. Damen, H.M. Buyruck, F. Guler-Uysal et al. // Spine. — 2002. — N 24. — P. 2820—2824.

41. The role of laparoscopy in the treatment of condition associated with chronic pelvic pain / Tn.F. Lamvu, S. As-Sanie, D. Zolnoun et al. // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. — 2004. — Vol. 31, N 3. — P. 619—630.

42. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic of pelvic floor musculature / H.I. Glazer, G. Rodke, C. Swencionis et al. // J. Reprod. Med. — 1995. — Vol. 40. — P. 283—290.

43. Visaria S.D. Pelvic vein Trombosis as a cause of acute pelvic pain / S.D. Visaria, J.D. Davis // Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 99, N 5. — P. 897—899.

44. Wesselmann U. Clinical characteristics and pathophysiology of pelvic pain in women / U. Wesselmann // Schmerz. — 2002. — Vol. 16, N 6. — P. 467—475.