

УДК 611.981:616-009.7

**Н.В. Протопопова, А.С. Коган, А.А. Семендяев, В.В. Бочков, М.А. Семендяева**

**СОЧЕТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И МИНИИНВАЗИВНЫЕ  
ПАРАХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН**

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

---

*Авторами предложены новые подходы диагностики и лечения больных с синдромом тазовой боли неясной этиологии.*

**Ключевые слова:** тазовая боль, варикозное расширение вен, лапароскопия, склеротерапия

## COMBINED LAPAROSCOPIC EXAMINATION AND LESS INVASIVE PARASURGICAL METHODS TREATMENT OF WOMEN PELVIC PAIN SYNDROME

N.V. Protopopova, A.S. Kogan, A.A. Semendiyev, V.V. Bochkov, M.A. Semeniayeva

*Irkutsk State Medical University, Irkutsk  
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk*

*Autors offered new approaches to pelvic pain syndrome treatment, which was caused by pelvic congestion.*

**Key words:** *pelvic pain, varicose veins, laparoscopy, sclerotherapy*

В настоящее время для диагностики синдрома тазовой боли у женщин (СТБ) привлекаются практически все известные визуализирующие методы исследований [2 – 4, 8]. Этиологически у 28 % женщин в развитии СТБ существенную роль могут играть заболевания мочеполовой сферы [9]. Вместе с тем, в 50 % случаев причину тазовой боли вообще не удается найти [10], а у 40 % больных абдоминалгия обусловлена психогенным фактором [6]. Все это и обуславливает трудности этиотропной диагностики СТБ.

Среди приоритетных методов распознавания причин СТБ лапароскопии принадлежит одно из ведущих мест, ибо этот метод из диагностического может трансформироваться в лечебный, что избавляет больных от повторных операций.

В настоящем сообщении мы ставим своей целью поделить некоторым опытом сочетанного применения (как диагностического метода, так и лечебного) лапароскопии у больных с СТБ.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Под нашим наблюдением находилось 1349 больных с СТБ неясной этиологии. В исследование были включены пациентки, у которых общепринятыми амбулаторными методами, включая доступные визуализирующие технологии (эхо- и рентгенография, ректороманоскопия) и другие традиционные (специальное гинекологическое, ректальное) исследования, причина СТБ оставалась неясной. Интенсивность болевого синдрома мы учитывали на основании субъективных и объективных данных с их градацией по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику Мак-Гиля (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Подавляющее число больных было в возрасте от 21 до 35 лет. Указанные пациенты безуспешно проходили различные курсы амбулаторного или стационарного лечения. У всех женщин СТБ существенно снижал коэффициент «качество жизни – трудоспособность». К этой категории относились и больные, у которых СТБ отрицательно влиял на психологический климат в семье, а также приводил к сексуальным дисфункциям. Исходя из вышеизложенного можно заключить, что с этиологической точки зрения, контингент обследованных больных был весьма гетерогенным, о чем свидетельствовало уже то, что они без колебаний соглашались на лапароскопию, как метод, вселяющий надежды, позволивший бы разрешить раз-

норечивые медицинские заключения о причинах СТБ у этих пациенток.

Методика обзорной лапароскопии органов малого таза достаточно полно описана в литературе. Мы располагаем опытом ее применения более чем у 5000 больных женщин, страдавших патологией органов малого таза.

Поскольку к настоящему времени описано неисчислимое множество методов диагностики и лечения СТБ, а место миниинвазивной хирургии лапароскопическим доступом еще достаточно четко не определено и не оценено с точки зрения ее эффективности – представляется целесообразным изложить наш опыт, плюсы и минусы этой двуединой оперативной технологии: диагностика – лечение.

В своем исследовании мы остановились на концепции этиологии СТБ, обусловленной конгестией в венозном бассейне малого таза.

К настоящему времени имеется достаточное количество работ, согласующихся между собой, в которых показана роль ретроградного венозного оттока крови к яичникам, с левой стороны – из почечной вены, справа – из нижней полой вены.

Вместо эндоваскулярной окклюзии яичниковых вен путем их клипирования или лигирования (либо их эмболизации спиралями Гиантурко) мы применили метод, широко используемый во флебологии – медикаментозное интраваскулярное склерозирование венозных сосудов, что по нашему мнению должно исключить ретроградный кровоток, который способствует развитию регионарной венозной гипертензии, то есть конгестии. Необходимо повторить, что описываемые далее результаты, касаются лишь тех пациенток, у которых не было обнаружено локальных опухолевых, либо воспалительных процессов, но была верифицирована варикозная трансформация тазовых вен.

Во время лапароскопии расширенные вены выглядят анатомическим конгломератом. В связи с этим, можно предположить, что наряду с множественными терминами, определяющими существо СТБ, термин «варикозное расширение вен малого таза» пока не приемлем.

Таким образом, на основании приведенных выше данных и рассуждений, мы пришли к выводу, что эндоскопическую визуализацию органов малого таза нужно трансформировать в некое лечебное мероприятие.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ  
И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

В результате лапароскопического обследования больных СТБ, у которых ранее при амбулаторном или стационарном обследовании не был сформулирован нозологический диагноз заболевания, мы получили следующие результаты (табл. 1).

Следует отметить, что многие больные (274) до настоящего обследования длительное время получали амбулаторное малоэффективное лечение. У них не выявлялось локальной тазовой патологии при бимануальном гинекологическом осмотре и обзорном ультразвуковом исследовании малого таза. Однако, именно у этих женщин, при диагностической лапароскопии, нами были обнаружены признаки варикозного расширения висцеральных вен (матки, маточных труб и яичников) малого таза.

Еще Б. Фолков и Э. Нил (1976) придавали особое значение, в патогенезе СТБ нарушениям регионарной венозной циркуляции.

Хотелось бы подчеркнуть, что несмотря на существующий в настоящее время разброс методов коррекции нарушений венозной гемодинамики малого таза, их эффективность отстает от прямых методов коррекции артериальной гемодинамики, что наглядно показано при ишемической болезни сердца.

Во время лапароскопической верификации СТБ, на заключительном этапе исследования, в случае обнаружения локального хронического воспалительного процесса (сальпингоофорит, аднексит), который был представлен спайочным процессом области придатков матки и дугласова кармана, одно- или двусторонним гидросальпинксом нами выполнялось выделение, санация и дренирование инфекционного очага. При выявлении опухолевидных процессов яичников (кистозное изменение, ретенционные кисты более 3,0 см в диаметре) производилась их тканевая или пункционная биопсия. Резекционная (путем коагуляции или иссечения) тактика применялась у больных с субсерозными миомадозными узлами, паратубарными и параовариальными кистами, эндометриоидными гетеротопиями.

В тех случаях, когда отсутствовали патологические изменения со стороны органов малого таза (38) и отчетливые признаки конгестии, а во время лапароскопии лишь обнаруживались единичные клубки вен, которые с трудом просвечивались и поднимали над собой тазовую брюшину (162), мы применяли пресакральную тазовую блокаду. При этом, мы стремимся пролонгировать эффект новокаинового блока, за счет пресакрального подведения катетера (по типу подключичного) устанавливаемого на 3–7 дней, с помощью которого создается «постоянная новокаиновая подушка» объемами 100,0–200,0 мл с дополнительным разведенными в новокаине глюкокортикоидами и нестероидными противовоспалительными препаратами. В отдаленном (1–2 мес.) после лапароскопии периоде указанным пациентам, в случае рецидива тазовой боли, дополнительно выполнялись каудальные блокады (2–6 раз).

Напротив, когда признаки конгестии не вызывают сомнений (112), мы используем флебосклерозирование яичниковых вен, путем эндоваскулярного введения в мезоовариум и мезосальпинкс склерозирующего препарата (тромбовар 0,25 % или этоксисклерол 0,5 %). Целью проведения указанного лечения являлось предупреждение рефлюкса крови по венозным сосудам к яичникам и маточным трубам, где происходит депонирование и периферический венозный застой крови, что может способствовать или усилить болевой синдром.

При анализе результатов клинических исследований, проведенных после лапароскопии у 1349 больных оказалось, что суммарный психологический и лечебный эффекты этого исследования дали непосредственный положительный эффект (явное снижение интенсивности болевого синдрома (по визуально-аналоговой шкале и опроснику Мак-Гиля) в 87,0 % случаев (1174 больных).

Причем у больных с СТБ, обусловленным конгестией (274) в висцеральных венах таза, основным методом лечения у которых была пресакральная блокада (162) и флебосклерозирование яичниковых вен (112), в течение 1 месяца – 3 лет после лапароскопии положительный эффект про-

**Таблица 1**

**Распределение пациентов с тазовыми болями по нозологическим формам**

Заболевание	Число больных	%
Хронические воспалительные процессы	782	57,9
Опухолевые и опухолевидные процессы	137	10,2
Эндометриоз брюшины малого таза	118	8,7
Варикозная трансформация вен малого таза (при отсутствии локальной патологии)	274	20,4
Отсутствие видимого патологического процесса	38	2,8
<b>Всего</b>	<b>1 349</b>	<b>100</b>

слеживался в (103) 63,6 % и (84) 75,0 % случаев соответственно.

Всем 112 больным, которым была выполнена склеротерапия венозного кровотока, выполнялась доплерография маточных вен и венозных сплетений придатков матки. Оценивался диаметр и систолическая скорость кровотока в венозных сосудах.

По данным эхографии, в течение месяца после операции у этих больных отмечалось снижение площади бассейна оварио- и сальпингоцеле, что можно объяснить эффектом от склеротерапии, за счет полной или частичной облитерации варикозно расширенных вен, а также уменьшением ретроградного рефлюкса по рено-овариальному и маточно-трубному коллекторам.

Из приведенных данных видно, что применение лапароскопии у больных, страдающих СТБ, во многих случаях дает положительный эффект.

Однако этим методом не исчерпывается арсенал технологий лечения СТБ. Нельзя забывать о том, что в патогенезе СТБ определенное значение имеют и послеродовые деформации таза, нарушения фасциально-мышечных взаимоотношений в области таза, также требующие коррекции.

Особое значение имеет подчас неожиданная диагностика патологии прямой кишки, мочевыводящих путей, дисонтогенетическая патология и пр. В таких случаях пациентки переводятся в специализированные клиники.

Разумеется, и в этом нет ничего нового, специализация сейчас доминирует в клинической медицине. Тем более, точный диагноз — это маршрут лечения, в том числе пациенток с СТБ.

Таким образом, накопленный к настоящему времени опыт диагностики и лечения СТБ у женщин свидетельствует о широкой этиологической и патогенетической гетерогенности этой патологии — не самостоятельной как нозологическая форма, но как осложнение до сих пор не в полном объеме ясных патологических процессов. Последствия СТБ весьма тяжелы как в физиологическом, так и социально-бытовом отношении. Именно поэтому в лечении этой патологии принимает участие широкий круг специалистов: от гинекологов до невропатологов и психиатров.

### ВЫВОДЫ

1. Синдром хронической тазовой боли у женщин может быть обусловлен воспалительными и опухолевыми процессами, эндометриозом и патологией функционального (либо идиопатического) характера, что с этиологической и патогенетической точек зрения указывает на его гетерогенность.

2. Существенное значение в патогенезе СТБ имеет конгестия, в патогенезе которой ретроградный ток в венозный бассейн малого таза, может способствовать развитию СТБ.

3. Лапароскопическая диагностика СТБ включает поиск причин его возникновения и при показаниях может трансформироваться в лечебную процедуру. Это дает основание считать лапароскопию методом выбора в трудных случаях диагностики и лечения СТБ.

4. В целом среди больных страдающих СТБ эффективность лапароскопических процедур в ближайшем послеоперационном периоде составляет 87,0 %, а среди больных, причиной СТБ у которых явилась тазовая конгестия, эффективность тазовых блокад и флебосклерозирования через 1–3 года после лапароскопии составила 63,6 и 75,0 % соответственно.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кириенко А.И. Хирургическое лечение варикозной болезни малого таза / А.И. Кириенко, В.И. Прокубовский, В.Ю. Богачев // Третья конф. ассоц. флебологов России. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 150.

2. 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.

3. Проскурякова О.В. Ультразвуковые исследование при расширении вен малого таза у женщин / О.В. Проскурякова // Эхография. — 2000. — № 3. — С. 257–262.

4. Соколов А.А. Варикозное расширение овариальных вен: диагностика и лечение / А.А. Соколов, Н.В. Цветкова // SonoAce International (русс. верс.). — 1999. — № 4. — С. 19–22.

5. Суковатых Б.С. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности / Б.С. Суковатых, Л.Н. Беликов, О.А. Родионов // Вестник хирургии. — 2003. — С. 26–30.

6. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Г.А. Савицкий, Р.Д. Иванова, И.Ю. Щеглова, П.А. Попов. — СПб., 2003. — 138 с.

7. Яроцкая Е.Л. Особенности тактики ведения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями / Е.Л. Яроцкая, Л.В. Адамян // Пробл. репрод. — 2003. — № 3. — С. 17–26.

8. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain / R.W. Beard, P.W. Reginald, E. Pearce et al. // Lancet. — 1984. — Vol. 27, N 2. — P. 946–951.

9. 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.

10. 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.