

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ахтамова Н.А.¹, Зокирова Н.И.², Мусинжанова П.С.³, Каримова Г.С.⁴,
Хамидова Ш.М.⁵

¹Ахтамова Нилуфар Акбаржонова – резидент магистратуры;

²Закирова Нодира Исламовна - профессор;

³Мусинжанова Парвина Санатжоновна - резидент магистратуры;

⁴Каримова Гулчехра Самадовна - ассистент;

⁵Хамидова Шахло Мусиновна – ассистент,

кафедра акушерства и гинекологии, лечебный факультет № 1,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: хронические формы сальпингооофарита, сопровождающиеся хронической тазовой болью, являются одной из самых распространённых патологий в гинекологии, встречаются нередко, ведут к бесплодию, вызывают глубокие нарушения функции сопряженных органов и систем, ухудшают качество жизни женщин. Достижения современной медицины предусматривают применение при данной патологии как высокоэффективных антибактериальных и противовоспалительных медикаментозных средств, так и использование физиотерапевтических методов. В связи с этим инновационные методы лечения хронических сальпингооофаритов предусматривают использование безопасных и естественных физических факторов и фармакотерапевтических методов, обуславливают актуальность данной проблемы.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, сальпингооофарит, симптом, восполнение.

Актуальность. Хроническая тазовая боль занимает особое место среди многообразия клинических проявлений гинекологических заболеваний и рассматривается большинством исследователей как один из ведущих симптомов воспалительных заболеваний органов малого таза: хронического сальпингита и оофорита, тазовых перитонеальных спаек, хронического эндометрита и т.д. Воспалительная реакция в организме неразрывно связана с иммунным ответом, что объясняет рецидивы воспалительных заболеваний органов малого таза. Изменения иммунной реакции выражаются в угнетении Т-клеточного иммунитета и активации поликлональных В-клеток, которые инициируют каскад реакций, в которые вовлечены хемокины, цитокины и факторы роста. Общая схема развития этих реакций заключается в увеличении активности провоспалительных цитокинов наряду со снижением цитотоксичности естественных киллеров и других, похожих по свойствам, клеток, а также увеличением пролиферативных процессов. В повышении синтеза простагландинов, кроме цитокинов, участвуют макрофаги. Чрезмерная концентрация простагландинов, цитокинов в тканях и в системном кровотоке ответственное за возникновение боли. Длительные болевые ощущения способны вызвать необратимые патологические изменения в центральной нервной системе [3, 5, 15]. Хроническая тазовая боль имеет огромные эмоциональные, физические и социально-экономические последствия как для женщин, так и для их семей и общества в целом.

Термин «хроническая тазовая боль» используют в случае длительности боли в течение 6 месяцев и более, при этом причина, обусловившая появление болевого синдрома, может исчезнуть, тогда как болевой синдром остается. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (International Association of Study of Pain – IASP) – синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является самостоятельным заболеванием, которое проявляется постоянной болью в нижних отделах живота и пояснице и длится минимум 6 месяцев [19]. По определению Международного общества по континенции – контролю мочеиспускания (International Continence Society – ICS) синдром хронической тазовой боли (СХТБ) подразумевает наличие постоянной или периодически повторяющейся эпизодической боли в области таза, сопровождающейся симптомами дисфункции нижнего отдела мочевыделительного тракта, нарушения половой функции, кишечной или гинекологической дисфункции при отсутствии подтверждения инфекционного заболевания или какой-либо другой верифицированной патологии [5].

Исследования разных лет так же показали значительную распространенность СХТБ. Институтом Гэллага было опрошено 17 927 домохозяек в США (1994 г.). Выявлено, что каждая седьмая жительница Соединенных Штатов в возрасте 18-49 лет имела СХТБ и в 61% случаев его причина не была установлена [13]. По данным опроса, проведенного в Великобритании (2001 г.) среди женщин 18-49 лет (n=3916), показатель распространенности СХТБ составлял 24%. Была установлена более высокая частота тревожности, связанной с болью (31%), у женщин с СХТБ по сравнению с женщинами с дисменореей (7%). Треть женщин отмечали начало боли более пяти лет до проведения опроса. Только треть женщин 18-50 лет с 2261, которые вошли в рандомизированную выборку 2004 года в Новой Зеландии, не

чувствовали хронической тазовой боли в течение ближайших к моменту опроса трех месяцев; 25,4% женщин отмечали наличие болевого синдрома, не ассоциированного ни с менструальным циклом, ни с сексуальной активностью, из них 47,7% диагноз остался невыясненным. Опрос (2008 г.) в Австралии 1983 женщин 16-49 лет выявил распространенность дисменореи у 71,7%, диспареунии – у 14,1% и СХТБ – у 21,5% женщин. Только 23,3% женщин не жаловались на тазовую боль. На сегодняшний день пока не создано всеобъемлющей и точной классификации состояний, которые могут быть объединены в группу СХТБ. В клинической классификации СХТБ важны следующие градации:

- собственно тазовая боль, при которой болевые ощущения в нижних отделах живота, паховых участках, пояснице беспокоят пациентку почти постоянно и усиливаются в дни менструации, в случае переохлаждения, длительной статической нагрузки и тому подобное.

- Дисменорея – болезненные менструации.

- Диспареунии – боли во время полового акта.

В МКБ-10 в XIV классе («Болезни мочеполовой системы») выделена категория N94 – «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом»:

- N94.0. Боль в середине менструального цикла.

- N94.1. Диспареуния (исключена психогенная диспареуния, F52. 6).

- N94. 2. Вагинизм (исключен психогенный вагинизм, F52. 5).

- N94.3. Синдром предменструального напряжения.

- N94.4. Первичная дисменорея.

- N94.5. Вторичная дисменорея.

- N94.6. Дисменорея неуточненная.

- N94.8. Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом.

- N94.9. Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом, неуточненные.

При всей разнородности указанных в МКБ-10 нозологических форм привлекает внимание синдромная ориентированность формулировок, которая дает клиницистам возможность установления синдромального, а не нозологического диагноза, что является обоснованным, поскольку для дифференциальной диагностики СХТБ часто необходимо комплексное и длительное обследование, во время которого пациентка не должна оставаться без установления диагноза. В таких ситуациях диагноз в медицинской документации «Хронический тазовый болевой синдром неуточненной этиологии» (N94.9) является не только оправданным, а единственно возможным. Установление хронического характера боли и усиления болевых ощущений, т. е. формирование собственно синдрома, происходит постепенно, иногда через длительное время от начала действия тех или иных повреждающих факторов. Причинами болевого синдрома могут быть воспалительные процессы органов малого таза, послеоперационные спаечные процессы, эндометриоз, сосудистая патология, последствия травматических повреждений в области малого таза, вертеброгенные причины и тому подобное. Патогенетически хроническая тазовая боль при разной гинекологической патологии обусловлена в основном нарушениями регионарной и внутриорганной гемодинамики и тканевого газообмена с образованием избытка нефизиологической метаболитов или являются следствием воспалительных, дистрофических и функциональных изменений в периферической нервной системе и вегетативных симпатических ганглиев. Особая сложность дифференциального диагностического поиска при СХТБ заключается в том, что воспаление в одном из органов малого таза может генерировать функциональные нарушения в других органах – возникает феномен отражения или иррадиации боли.

В отличие от хронических болевых синдромов другой локализации СХТБ вследствие особенностей строения, функций и иннервации органов таза характеризуется рядом своеобразных механизмов развития и его этапов. На сегодняшний день рассматривают несколько этапов развития СТБС, а именно:

- Органный – боль возникает в области таза, нижней части живота, часто сочетаясь с нарушениями функции половых и смежных с ними органов, которые в значительной мере зависят от расстройств кровообращения (гиперемия, застой крови и прочее).

- Надорганный – иррадиация болей в верхние отделы живота с формированием в одном из паравертебральных ганглиев вторичного очага раздражения. Эта боль обычно бывает трудно объяснить при отсутствии очевидной связи с репродуктивными органами, что обуславливает частые диагностические ошибки.

- Полисистемный – трофические расстройства распространяются на органы вне малого таза; характерны нарушения менструальной, секреторной и половой функций, кишечные расстройства, изменения обмена веществ. На этой стадии патологический процесс приобретает распространенный характер, боль становится интенсивнее, что дополнительно усложняет диагностику.

Описание пациентками тазовой боли обычно является разнообразным. Боль описывается как «тянущая», «давящая», «ноющая» или «жгучая». Кроме боли пациентки могут отмечать повышенную

раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности, потерю интереса к окружающему миру («уход в боль»), подавленное настроение вплоть до депрессии, ипохондрию. Последние усугубляют патологическую болевую реакцию по принципу порочного круга: боль > психоэмоциональные нарушения > социальная дезадаптация > боль. Совокупность трех клинических проявлений называют триадой синдрома тазовой боли.

- Диспареунии – разновидность или (иногда) составляющая СХТБ. Чаще всего наблюдается при наружном генитальном эндометриозе с расположением гетеротопий на крестцово-маточных связях или ретроцервикально, реже – при фиксированной ретродевиации матки, хроническом сальпингоофорите, любом спаечном процессе в малом тазу. При спаечном процессе после прекращения полового акта вследствие диспареунии боль самостоятельно купируется (дифференциальный признак, отличающий от диспареунии при тазовом венозном полнокровии).

- Дисхезия – нарушение акта дефекации вследствие дискоординации работы мышц тазового дна и анальных сфинктеров. Характерна для глубокого инфильтративного эндометриоза, эндометриоза влагалища и шейки матки, обширного спаечного процесса в малом тазу.

- Дизурия – нарушение мочеиспускания, чаще всего признак внешнего и внутреннего генитального эндометриоза или интерстициального цистита.

При хроническом сальпингоофорите пациенток беспокоит постоянная тупая ноющая боль в нижних отделах живота. Хронический сальпингоофорит – одна из наиболее частых причин хронической тазовой боли (56,5%), однако у 77% женщин с этим диагнозом наблюдаются сочетанные патологические состояния, которые требуют внимания. Как правило, диагноз хронического сальпингоофорита устанавливают по данным анамнеза, клинико-лабораторного обследования и УЗИ, однако есть данные, что при хронической тазовой боли без диагностической лапароскопии у 19% женщин диагноз хронического сальпингоофорита оказывается ошибочным, а у 38% – неполным. Более половины пациенток с хроническим сальпингоофоритом (60%) отмечают иррадиацию боли в крестце, каждая вторая предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в левом и правом подвздошных участках. Боль при хроническом сальпингоофорите усиливается в период менструации, при физическом напряжении, гинекологическом обследовании, у некоторых пациенток возникает диспареуния (связанная со спаечным процессом), однако, в отличие от варикозного расширения тазовых вен, при хроническом сальпингоофорите болевые ощущения исчезают после прекращения полового акта. Большинство пациенток во время обострения хронического сальпингоофорита жалуются на обильные слизистые или серозные выделения из половых путей, повышение температуры тела.

Немаловажным представляется локальное лечение боли. Эффективным методом местного воздействия являются лечебно-медикаментозные блокады. Основной их целью является аналгезия, т. е. блокирование боли и устранение ее этиопатогенетических основ.

Кроме медикаментозного лечения применяются так же и различные немедикаментозные методы терапии.

Важную роль в лечении СХТБ играют природные и преформированные физические факторы. Физиотерапевтические методы имеют ряд важных преимуществ:

- незначительное количество побочных эффектов, в том числе системного характера;
- возможность использования в комплексной терапии;
- малое число противопоказаний;
- длительный эффект.

Физиотерапия стимулирует процессы репарации в органах малого таза, улучшает микроциркуляцию, способствует кумуляции лекарственных препаратов в очаге поражения, обеспечивает лимфо отток и дренирующее воздействие. В последние годы физиотерапия все чаще становится одним из компонентов плана лечения пациентов с СХТБ.

Применению физиотерапевтических методов в лечении СХТБ посвящено значительное число научных исследований. При СХТБ изолированно и сочетано используют трансректальную и трансуретральную термотерапию, пелоидотерапию, лекарственный электрофорез, ударноволновую терапию, магнито-, лазеро-, цвето- и ритмотерапию, УВЧ-индуктометрию, электроakupунктуру, тиббиальную нейромодуляцию, ультрафиолетовое облучение крови, аэрокриотерапию, гирудо-, озонотерапию и т.д. Одним из физических факторов, оказывающих влияние на уровне целого организма, является сниженная температура окружающей среды. Использование газовой среды низкой температуры – аэрокриотерапия – активирует в организме больных СХТБ терморегуляторные механизмы с развитием адаптивных реакций, реализующихся в последующем в снижении иммунной гиперреактивности и стабилизации вегетативной регуляции.

В иностранной литературе обнародованы данные о успешном применении электромагнитотерапии и ее положительном воздействии на регресс болевой симптоматики за счет устранения спазма мышц тазового дна. Также опубликована информация о потенциальной роли тиббиальной нейромодуляции в редукции болевого синдрома у ряда пациентов с СХТБ. Одним из перспективных направлений коррекции

мышечно-тонического компонента хронического болевого синдрома позвоночника и тазового региона представляется использование методов биологической обратной связи. По данным исследований, сочетание данного метода с лечебной гимнастикой достоверно снижает степень выраженности мышечно-тонического напряжения по сравнению с монотерапией в виде лечебной гимнастики. К новым комплексным методам физиотерапевтического воздействия относится локальная бароимпульсная терапия. Сочетанное применение двух физических факторов – пневмомассажа и низкочастотной пульсации (вибрации) – оказывает строго дозированное импульсное упруговолновое воздействие на органы малого таза на частотах, соответствующих частотам колебательных процессов микроциркуляторного русла. Пневмовибромассаж также обеспечивает улучшение микроциркуляции, имеет противоотечное, анальгетическое, дренирующее, лимфодинамическое воздействие.

Обобщая данные литературы, можно сделать вывод о том, что различные виды физиотерапии широко используются в терапии СХТБ, однако эффективность их применения зависит от многих факторов. Одной из проблем, ограничивающих рутинное использование физических факторов воздействия является малое количество убедительных с позиций доказательной медицины данных о эффективности и безопасности.

На наш взгляд, главными задачами для дальнейших исследований в данной области стоит признать поиск новых методов физиотерапии и их сочетаний, а также проведение тщательного изучения их эффективности. Стандартизация фенотипических и иных критериев на основании современных представлений о патогенезе СХТБ позволит провести тщательный отбор пациентов для оценки целесообразности применения физических факторов и адекватного выбора конкретного способа воздействия.

Список литературы

1. *Вихляева Е.М. и др.* Рациональная тактика ведения беременных и родов в профилактике перинатальной заболеваемости и смертности // Вестник АМН СССР, 1990. Т. 7. С. 18-23.
2. *Закирова Н.И.* Материнская смертность в регионе с высокой рождаемостью // Акушерство и гинекология, 1998. № 2. С. 21-24.
3. *Закирова Н.И.* Клинические аспекты причин материнской смертности и ее профилактика в регионе с высокой рождаемостью. Автореф... докт. мед. Наук, 1999.
4. *Назарова Н.А., Вафаева И.М.* Особенности диагностики быстрорастущей миомы матки // Молодежь и медицинская наука в XXI веке, 2019. С. 29-30.
5. *Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э.* Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба // Врач-аспирант, 2009. № 6. С. 467-471.
6. *Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б.* Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов // Андрология и генитальная хирургия, 2005. Т. 6. № 1. С. 20-22.