

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Синдром хронической тазовой боли»

Выполнила:	клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Шевченко О.В.
Проверил:	Ассистент Коновалов В.Н.

Содержание

Введение	3
Определение и классификация	3
Этиология	5
Патогенез	6
Клиническая картина	6
Диагностика	7
Лечение	9
Список литературы	11

Введение

Боль является одним из трех наиболее частых симптомов в гинекологической практике и одной из основных причин обращения женщин за медицинской помощью к врачу акушеру-гинекологу.

Распространенность дисменореи в различных странах колеблется от 16,8 до 81%, нециклической тазовой боли – от 2,1 до 24%, диспареунии – от 8 до 21,8%. Согласно исследованиям ВОЗ, хроническая тазовая боль наблюдается приблизительно у 15% женщин репродуктивного возраста.

Отмечено, что хроническая тазовая боль является причиной около 10% всех обращений к гинекологу, 40% лапароскопий и 10–15% гистерэктомий. В силу своей высокой клинической значимости хроническая тазовая боль выделена в самостоятельную нозологическую форму и определяется как заболевание, проявляющееся постоянными болями в нижних отделах живота и поясницы, длящееся, по крайней мере, в течение 6 месяцев.

Предполагается, что ХТБ у 73% пациенток является симптомом гинекологических заболеваний, в 21,9% - проявлением экстрагенитального заболевания, в 1,1% - психических нарушений и в 1,5% имеет самостоятельное нозологическое значение.

Кроме того, что боль является серьезной медицинской проблемой, следует отметить и социальную значимость данных жалоб. Так, состояние пациенток может негативно влиять на их повседневную деятельность, семейные отношения, трудоспособность и даже стать причиной инвалидности. Болевой синдром крайне неспецифичен, так как может выявляться при различных заболеваниях. Наиболее часто боль сопутствует воспалительным заболеваниям органов малого таза, онкологическим заболеваниям, прервавшейся трубной беременности, перекруту ножки опухоли яичника, некрозу узла миомы, апоплексии яичника и, конечно, эндометриозной болезни и не только.

Определение и классификация

Синдром хронической тазовой боли (ХТБ) – длительно существующая (свыше 6 месяцев), трудно купируемая тазовая боль, дезорганизирующая центральные механизмы регуляции важнейших функций организма, изменяющая психику и поведение человека и нарушающая его социальную жизнь.

Эксперты Международной ассоциации по изучению боли (IASP) определяют боль как «неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения». Боль формируется периферическими и

центральными механизмами и классифицируется как нейропатическая, возникающая вследствие поражения собственно нервной системы, и ноцицептивная, которая реализуется через активацию рецепторов различными стимулами, исходящими из других тканей.

Классификация ХТБ Международной ассоциации по изучению боли:

1) ХТБ, сопутствующая конкретным гинекологическим заболеваниям;

2) ХТБ в отсутствии гинекологических заболеваний.

Кроме того, тазовая боль бывает острой и хронической. Острая боль возникает внезапно, может быть весьма интенсивной и продолжаться от несколько часов до нескольких дней. Как правило, вследствие острых воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), прервавшейся эктопической или маточной беременности, травм внутренних органов, перекрута и разрыва образований придатков матки, острых ишемических нарушений (питания узла миомы матки, мезентерального тромбоза), острых хирургических или урологических заболеваний возникает ургентное состояние. Болевой сигнал в таких ситуациях сигнализирует о катастрофе – реальной или вероятной – и необходимости экстренной медицинской помощи.

Хроническая боль, в отличие от острой, мучает пациенток в течение 6 месяцев и более, а иногда длится десятилетиями, снижая качество жизни и пагубно влияя на женское здоровье. Изнуряющая персистирующая или рецидивирующая боль нарушает функционирование высших отделов ЦНС, изменяя психоэмоциональную сферу и поведение человека, становится причиной стойких неврозов с присущими им социальной дезадаптацией и изоляцией. Кроме того, возникает сексуальная дисфункция, что в совокупности значимо усугубляет уже сниженное болевым синдромом качество жизни.

Стоит отметить, что острая тазовая боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, она носит защитный, адаптивный характер, сигнализируя о каком-либо повреждении или угрозе для организма через стимуляцию ноцицептивных рецепторов.

Совсем иначе обстоит дело с хроническими тазовыми болями. В случае длительной и рецидивирующей боли ее адаптивная функция утрачивается, что сопровождается нарушением нормальной работы ЦНС и формированием центральной сенситизации. Этот феномен – важнейший механизм возникновения хронической тазовой боли любой локализации. Механизм ХТБ включает не только активацию ноцицептивных путей, но и когнитивный,

эмоциональный и поведенческий ответ, когда головной мозг «модулирует» восприятие боли, причем в сторону как его уменьшения, так и увеличения.

Этиология

Основные причины хронической тазовой боли:

- Миома матки
- Неврологические нарушения: люмбоишиалгия, тазовый ганглионеврит.
- Объемные образования яичников (кисты, цистаденомы, опухоли)
- Онкологические заболевания: опухоли кишечника, новообразования мочевыделительной системы.
- Дефект/разрыв задних листков широких связок матки, кардинальных и круглых маточных связок (синдром Аллена-Мастерса)
- Тазовая боль, обусловленная психогенными факторами
- Туберкулез внутренних половых органов
- Онкологические заболевания репродуктивных органов
- Варикозная болезнь тазовых вен
- Травмы и инородные тела малого таза
- Генитальные пролапсы (грыжи тазового дна)
- Синдром овариальных остатков
- Овуляторная боль
- Спаечный процесс органов малого таза

Для успешного выявления причины тазовой боли в гинекологии необходим ряд последовательных шагов:

1. Проанализировать историю заболевания, историю боли (условия появления, факторы ее уменьшения и усиления, длительность, характер).
2. Уточнить топографию боли.
3. Уточнить механизм боли — ноцицептивной, вызванной симпатическими, висцеральными, другими расстройствами.
4. Оценить в общепризнанных терминах ее характер и интенсивность.
5. Изучить используемые больной анальгетики и их эффективность, пути введения и продолжительность приема, побочные реакции.

Врач должен выполнять титаническую работу для выявления истинной природы хронической тазовой боли. Для этого нужно научиться дифференцировать гинекологическую природу возникновения болей от экстрагенитальных причин.

Патогенез

Классическое становление хронического болевого синдрома происходит, как правило, постепенно, иногда спустя длительное время от начала действия тех или иных повреждающих факторов.

В патогенезе ХТБ выделяют три этапа, сменяющих друг друга:

- **Органный этап** – боль возникает в области таза и нижней части живота и обусловлена расстройствами кровообращения во внутренних половых органах (гиперемия, застой), часто сочетается с нарушениями их функций.
- **Надорганный этап** – появление отраженных болей в верхних отделах живота. На этом этапе происходит формирование вторичного очага болевого раздражения в одном из паравертебральных узлов.
- **Полисистемный этап** – характеризует широкое включение в патологический процесс различных отделов периферической и центральной нервной системы. На этом этапе формируются очаги болевой доминанты в ЦНС. В большинстве случаев почти полностью исчезает нозологическая специфичность боли, при этом появляются стойкие нарушения менструальной и репродуктивной функции.

Важно понимать, что при различных гинекологических заболеваниях существует 2 основных патогенетических механизма:

- Нарушение регионарной и внутриорганной гемодинамики и тканевого газообмена с образованием избытка нефизиологических метаболитов;
- Воспалительные, дистрофические и функциональные изменения периферической нервной системы и вегетативных симпатических нервных ганглиев.

Клиническая картина

Боль внизу живота может быть тянущей, тупой, ноющей, давящей, нередко с иррадиацией в прямую кишку, копчик, поясницу, промежность, нижние конечности. Это вторая (после вагинальных выделений) распространенная жалоба на приеме у акушер-гинеколога.

При обследовании пациентки с хроническим болевым синдромом важно обратить внимание на его цикличность (т.е. связь с менструальным циклом). Этот клинический признак следует считать определяющим для оценки патологических состояний и заболеваний в диагностическом процессе ХТБ, который не связан с менструальным циклом.

Вторая важная характеристика ХТБ – неболевые проявления синдрома, зависящая от типа женщины, ее образа жизни, условий

труда и интеллекта. У эмоционально лабильных и ипохондричных пациенток болезненные ощущения могут сопровождаться тошнотой, рвотой, головокружением.

Зачастую больные предъявляют жалоб на нарушение сна, изменение либидо и повышенную утомляемость, отмечают нарушение функций тазовых органов (дизурию, дисхезию, и диспареунию), иногда – вздутие живота, учащенное мочеиспускание, диарею.

Отличительная особенность ХТБ – ухудшение качества жизни, выражающееся в снижении работоспособности, настроения, психических нарушениях, вплоть до развития тяжелой депрессии.

Диагностика

Синдром хронической тазовой боли – сложная междисциплинарная проблема. Порой для постановки правильного диагноза необходимы консультации до 10 узких специалистов, а диагностический поиск может занимать довольно продолжительное время (от нескольких часов до месяцев).

Радзинский В.Е., отмечает самой распространённой ошибкой – назначение антибактериальных препаратов в отсутствие убедительных доказательств в пользу воспалительного процесса. Пациентку при этом не направляют на консультацию к неврологу и/или психиатру, а возможное заболевание нервной системы или психогенный характер боли остается «за кадром».

Подход должен быть иным:

- Привлекать для обследования пациентки столько узких специалистов/, сколько потребуется;
- Не оставлять ситуацию нерешенной;
- Упорно верифицировать диагноз.

Главное условие правильной диагностики ХТБ – грамотная первая консультация, которая должна включать подробный опрос (сбор анамнеза) и тщательный осмотр.

Следует также подключать лабораторно-инструментальные методы исследования:

- УЗИ органов малого таза;
- МРТ, КТ (исключение болезней пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза, а также внутренних половых органов);
- денситометрию (исключение остеопороза позвоночника);
- рентгенологические методы (ирригоскопия, колоноскопия, цистоскопия, уретроцистоскопия, гистероскопия), исключение патологии ЖКТ и мочевого пузыря.

- Диагностическую лапароскопию (исключение перитонеального эндометриоза, синдрома Аллена-Мастерса, ВЗОМТ, спаечного процесса в малом тазу, варикозного расширения вен малого таза).

Согласно данным Международной ассоциации по изучению тазовой боли, если причину ХТБ выявить все же не удастся (1,8%), предусматривается рубрификация «тазовая боль идиопатического генеза», которая дает основание для назначения симптоматической терапии.

Визуально-аналоговые шкалы диагностики ХТБ

В настоящее время в клинической практике широко применяют визуально-аналоговые шкалы (ВАШ), опросники и анкеты.

Ниже представлены одни из самых распространенных:

- ВАШ Хаскиссона (E.C. Huskisson) – оценка интенсивности боли.
- Анкета Роланда-Морриса (Roland-Morris Disability Questionary, RDQ) – оценка качества жизни пациентов с болью в области поясницы.
- Анкета боли Макгила (McGill Pain Questionnaire, MPQ) – количественная оценка боли.
- Субъективная оценочная шкала Макнаб (Macnab) – отражает удовлетворённость пациента лечением.
- Анкета ограничений в работе (The work Limitation Questionnaire, WLQ) – определяет степень нетрудоспособности из-за болевого синдрома.

ВАШ Хаскиссона

Визуальная аналоговая шкала	Мировая шкала показателей
	<ul style="list-style-type: none"> 0 = Нет боли 1 = Легкая боль 2 = Средней тяжести боль 3 = Тяжелая боль 4 = Ужасная боль 5 = Мучительная боль
	<p>«Интенсивность боли по шкале от 0 до 10, 0 – отсутствие боли, 10 – невыносимая боль. По шкале охарактеризуйте боль, которую вы в настоящий момент испытываете»</p>
<p>Функциональная шкала боли</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 = Нет боли 1 = Допустимая боль, не препятствующая любой деятельности 2 = Допустимая боль, мешающая осуществлению некоторых видов деятельности 3 = Невыносимая боль, не препятствующая использованию телефона, просмотру телевизора, чтению 4 = Невыносимая боль, препятствующая использованию телефона, просмотру телевизора, чтению 5 = Невыносимая боль, препятствующая речевой коммуникации 	<p>Вербальная шкала</p>

Лечение

Цель лечения – подавить гиперактивность ноцицептивных нейронов, разрушив генераторы патологически усиленного возбуждения, что может обеспечить частичную или полную ликвидацию патогенной алгической системы. Это достигается различными путями (хирургическая или с помощью медикаментозной терапии, физиотерапия, акупунктура, пресакральная невротомия, лазерная абляция маточного нерва и т.д.); изменением восприятия ноцицептивного стимула (НПВС, антиоксиданты, средства, улучшающие клеточный метаболизм, психотерапия, психотропные средства).

Стратегия обезболивания значительно улучшает качество жизни и становится профилактикой развития хронических воспалительных заболеваний и синдрома ХТБ. В терапии боли широко используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), действие которых, реализуемое путем снижения синтеза простагландинов, патогенетически обосновано как в комплексе лечения острых инфекций малого таза, так и в терапии идиопатической менструальной боли.

Действие НПВС связано с патогенезом возникновения ХТБ: сигналы соматических структур, в т. ч. матки, воспринимают нервные окончания, отвечающие на механические, химические и термальные стимулы. Брюшина содержит ноцицепторы, чувствительные к напряжению, растяжению, ишемии, воспалению и передающие свои сигналы через симпатическую нервную систему. Сигналы висцеральных и соматических структур, преобразовываясь в электрический импульс, передаются в виде волны деполяризации вдоль афферентных нейронов и инициируют выброс нейротрансмиттеров в синапсах с нейронами II порядка, которые передают сигнал в вышерасположенные области центральной нервной системы (ЦНС).

В процессе передачи болевого сигнала с ноцицепторами взаимодействуют биологически активные вещества, способные инициировать болевой сигнал и (или) сенсibilизировать нервные окончания. Болевые трансмиттеры включают обширную группу веществ, в которую входят простагландины (ПГ).

В заключение хотелось бы сказать, что объем и характер лечебных мероприятий зависят от основного заболевания, ставшего причиной хронических тазовых болей.

Нозологический и патологический принципы лечения – основа его эффективности. Однако если в результате обследования признаки органического поражения тазовых органов так и не выявлены, то боль, как говорилось выше, признают идиопатической,

а в качестве лечения первой линии терапии назначают симптоматические средства и воздействуют на отдельные механизмы распространения болевой импульсации. В подобной ситуации такой подход – единственно правильное решение, поскольку позволяет избавить женщину от страданий и повысить качество ее жизни.

Виды ХТБ	Методы лечебного воздействия	Уровень доказательности	Комментарии
ХТБ на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза	Антибактериальная, противовирусная, противогрибковая терапия, терапия в acute-периоде	IIc	Не доказана эффективность антибактериальной терапии при хроническом болевом синдроме
	Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)	IIIa	–
	Физиотерапия	–	Реализация саногенетического потенциала
ХТБ на фоне наружного генитального эндометриоза	Хирургическое лечение (эндоскопическая энуклеация капсулы кисты, коагуляция эндометриoidных очагов)	–	–
	Прогестагены	Ia	Исследованные гормональные препараты одинаково эффективны, но некоторые побочные действия ограничивают их длительное использование и часто приводят к нарушению режима приема (аГнРГ)
	Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ)	Ia	
	НПВП	Ia	Эффективность НПВП при лечении боли, обусловленной эндометриозом, не доказана. В первую очередь нужно назначить слабо действующие неселективные препараты. Существенные различия между разными НПВП не выявлены
ХТБ на фоне внутреннего генитального эндометриоза	Гормональная терапия: <ul style="list-style-type: none"> • прогестагены; • аГнРГ 	Ia	Исследованные гормональные препараты одинаково эффективны, но некоторые побочные действия ограничивают их длительное использование и часто приводят к нарушению режима приема (аГнРГ)
	НПВП	Ia	Эффективность НПВП при лечении боли, обусловленной эндометриозом, не доказана. В первую очередь нужно назначить слабо действующие неселективные препараты. Существенные различия между разными НПВП не выявлены
ХТБ на фоне варикозного расширения вен малого таза	Хирургическое лечение (эндоваскулярное эндохирургическое), прием препаратов, нормализующих венозный отток	II-D	Венотоники
ХТБ на фоне спаечного процесса органов малого таза	Хирургическое лечение (эндоскопический адгезиолизис). Консервативное лечение (физиотерапия, прием НПВП)	–	Ферменты
Дисменорея	НПВП, спазмолитики, комбинированные оральные контрацептивы	Ia	–
ХТБ центрального генеза	Психотерапия, суггестивная, седативная, иглорефлексотерапия, применение препаратов с вегетокорректирующим эффектом	Ia	Психотерапевт может назначить трициклические антидепрессанты

Активация Windows

Список литературы

1. Учебник «Гинекология. Национальное руководство» под ред. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин: – «ГЭОТАР-Медиа», 2020, с. 184-189.
2. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Костин И.Н. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике // Доктор.Ру. 2019. № 7 (162). С. 30–35.
3. Хроническая тазовая боль - междисциплинарная проблема
Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 6
4. Хроническая тазовая боль – женская проблема И.В.Кузнецова -
Гинекология 2017 - Том 19 - №3
5. Хроническая тазовая боль: от правильной диагностики к адекватной терапии Рачин С.А., Шаров М.Н., Зайцев А.В., Тынтерова А.М., Нувахова М.Б., Прокофьева Ю.С., Парсамян Р.Р., Максимова М.Ю., Рачин А.П. - Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(2):12–16