



Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
кафедра акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова
Доц. Мельникова С.Е.

Синдром тазовых болей

Содержание

Понятие хронической тазовой боли

- 1.1 Распространенность и причины
- 1.2 Механизм развития тазовой боли
- 2. Клиническая характеристика
- 3. Дифференциально-диагностические мероприятия
 - 3.1 Анамнез
 - 3.2 Обследование пациенток
 - 3.2 Лабораторно-инструментальные методы исследования
 - 3.3 Лечение
- Список литературы

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Согласно данным ВОЗ, каждый пятый человек в мире страдает хронической болью, обусловленной заболеваниями различных органов и систем. Свыше 60% женщин ежегодно обращаются за помощью к акушеру-гинекологу с тазовыми болями.

Распространенность **хронической** тазовой боли среди **женщин**, по данным Национального института здоровья США, достигает 15%.



**«Боль – страсть души»
*Аристотель***

384 – 322 до н.



«Боль – это интегративная реакция, мобилизующая разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора и включающая сознание, память, мотивации, эмоции, вегетативные, соматические и поведенческие реакции».



П. К. Анохин (1976)

«Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, возникающее в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей или изображаемой терминами такого повреждения».

Международная Ассоциация по изучению боли (IASP)
(Merskey, Bogduk, 1994):



Боль, как реакция на повреждающие (ноцицептивные) воздействия представляет собой важнейший биологический феномен, непосредственно обеспечивающий выживание организма в экстремальных условиях.

Боль - ключевой фактор эволюционного развития животного мира (Houdart, 1993).



Основные факторы возникновения боли

- Различают несколько основных факторов возникновения боли – физиологический и психологический. Физиологическая (нормальная) боль возникает как адекватная реакция нервной системы на опасные для организма ситуации, и в этих случаях она выступает как фактор предупреждения о процессах, потенциально опасных для организма (Gildenberg et al., 1990).

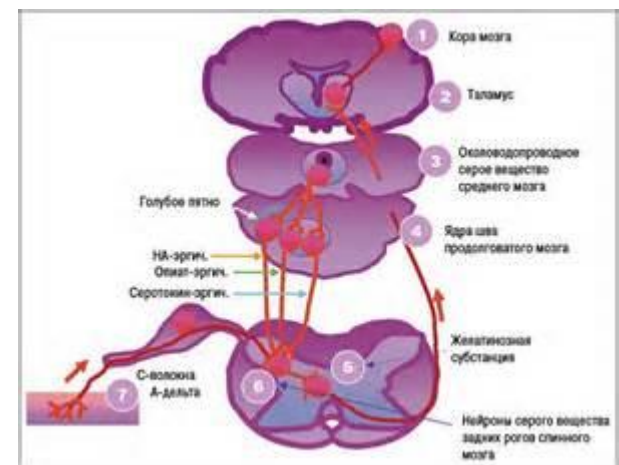


Психогенная боль обусловлена психологическими или социальными факторами (эмоциональное состояние личности, окружающая ситуация) и представляет собой феномен, образованный интеграцией анатомического, физиологического, психологического компонентов, каждый из которых имеет собственную структуру



(Кассиль, 1975; Лиманский, 1986; Sternbach, 1978; Melzack, 1981, Damasio, Descartes, 1994, Price, 1999).

Ноцицепция — это нейрофизиологическое понятие, обозначающее восприятие, проведение и центральную обработку сигналов о вредоносных процессах или воздействиях, то есть это физиологический механизм передачи боли, который не затрагивает описания её эмоциональной составляющей. Проведение болевых сигналов в ноцицептивной системе не эквивалентно ощущаемой боли (Merskey, Bogduk, 1994).



Физиологическая классификация боли

боль

```
graph TD; A[боль] --- B[Ноцицептивная – адекватная физиологическая реакция на болевые раздражители]; A --- C[Нейропатическая – результат прямого повреждения нервной системы или патологического процесса в соматосенсорной системе]; A --- D[Психогенная - возникает на индивидуально значимое эмоциональное воздействие];
```

Ноцицептивная –
адекватная
физиологическая
реакция на болевые
раздражители

Нейропатическая –
результат прямого
повреждения нервной
системы или патологического
процесса в соматосенсорной
системе

Психогенная -
возникает на
индивидуально значимое
эмоциональное
воздействие

Физиологическая классификация боли

боль

```
graph TD; A[боль] --> B[Ноцицептивная: соматическая, висцеральная]; A --> C[Нейропатическая: периферическая, центральная]; A --> D[Психогенная: соматоформные расстройства, ипохондрический синдром, депрессии];
```

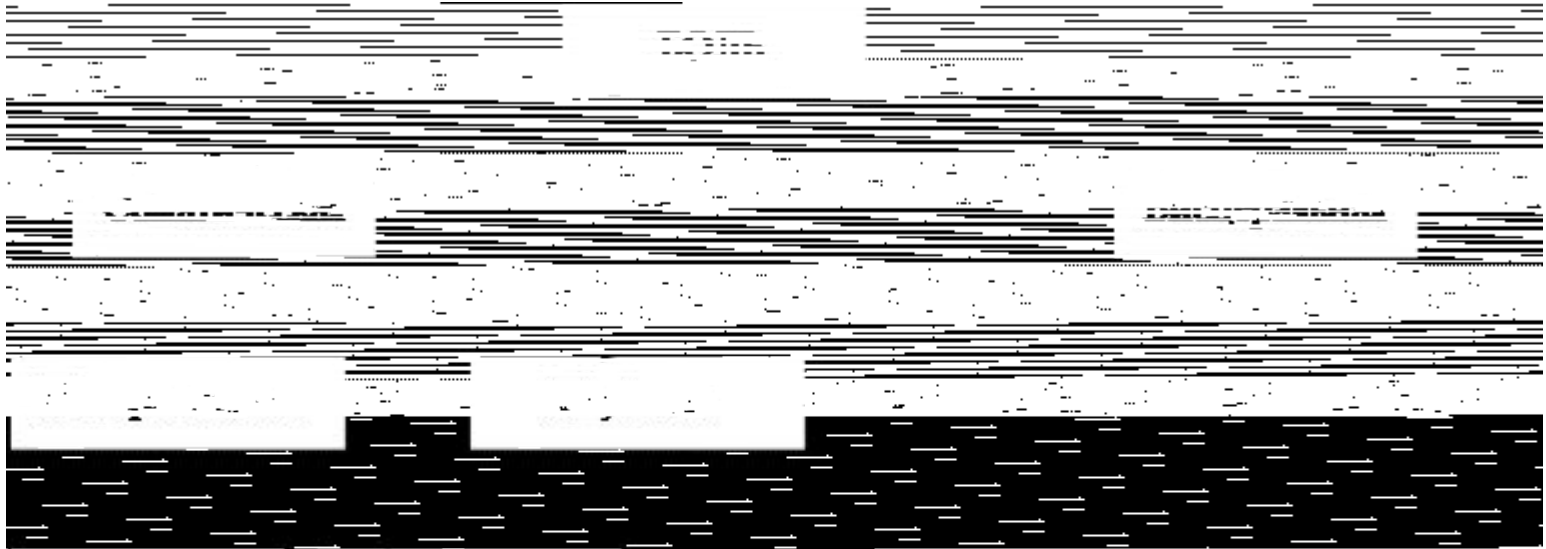
Ноцицептивная:
соматическая
висцеральная

Нейропатическая:
периферическая
центральная

Психогенная:
соматоформные
расстройства,
ипохондрический
синдром, депрессии

Виды боли

Классификация видов боли и их локализация (по В. Б. Брину и соавт., 1994).



Классификация видов боли

Боль:

- **Острая** (физиологическая) – внезапно возникшая, сильная, продолжительностью до нескольких часов или дней.
- **Хроническая тазовая** боль (патологическая) – рецидивирующая или постоянная боль, которая беспокоит пациента не менее 6 мес. Характер болезненных ощущений может быть различным: жжение, рези, колющая, ноющая боль, ощущение давления или тяжести. Интенсивность боли у одного и того же пациента может существенно варьировать

Хроническая боль

- В отличие от острой боли, хроническая формируется при длительно протекающих врожденных или приобретенных патологических процессах (пролиферативное воспаление различной этиологии и локализации, доброкачественные и злокачественные новообразования, аномалии положения и развития органов и др.).

Отличие острой боли от хронической

Хроническая боль :

- существует более 6 месяцев
- возникает у лиц определенного склада: ипохондрически настроенных, тревожных, мнительных
- дебют симптоматики может быть связан с конкретной стрессовой ситуацией.



Хроническая боль

- хроническая боль может приобретать черты болезни («боль как болезнь» - *Loeser J.*, 2006), которая проявляется не только болью, но и вегетативными, эмоциональными и другими психическими нарушениями, формированием неадаптивного болевого поведения.

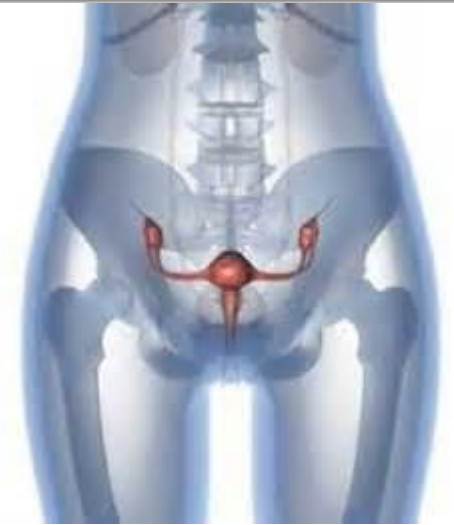


Хроническая тазовая боль

- Тазовая боль — чувство дискомфорта в нижней части живота: ниже пупка, выше и медиальнее паховых связок, за лоном и в пояснично-крестцовой области. Синдром хронической тазовой боли — длительно существующая (свыше 6 мес), трудно купируемая тазовая боль, дезорганизирующая центральные механизмы регуляции важнейших функций организма человека, изменяющая психику и поведение человека и нарушающая его социальную адаптацию.

СИНОНИМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

- синдром тазовой боли,
- тазовый невроз,
- вегетативный тазовый ганглионеврит,
- психосоматический тазовый застой.



■ При синдроме хронической тазовой боли любого генеза женщины предъявляют жалобы на повышенную раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности, потерю интереса к окружающему миру («уход больного в боль»), подавленное настроение, вплоть до развития депрессивных и ипохондрических реакций, которые, усугубляют патологическую болевую реакцию.



Происходит формирование «порочного круга»: боль — социальная дезадаптация — психоэмоциональные нарушения — боль.

Механизм развития боли



Повреждающий фактор (повреждение тканей, нарушение обменных процессов)

Нарушение проницаемости межклеточных мембран

Выделение биологически активных веществ (гистамин, брадикинин, ацетилхолин, продукты нарушения обмена веществ)

Проникновение в межклеточное пространство

Раздражение периферических рецепторов боли (ноцирецепторов)

Передача нервного возбуждения в ретикулярную формацию ствола мозга и таламус

Трансформация нервного возбуждения на уровне коры головного мозга в специфическое ощущение боли

Проекция обработанной информации на ту или иную часть тела по типу обратной связи

1 этап развития заболевания

Болевой синдром формируется спустя некоторое время после начала действия повреждающих факторов и проходит определенные этапы развития:

- Первый этап - органный - локальные боли в области таза, нижней части живота, нередко в сочетании с нарушениями функций половых и соседних с ними органов.

Эти явления часто зависят от расстройств кровообращения (гиперемия, застой крови и т.п.).



2 этап развития заболевания

- Для второго (надорганного) этапа характерно появление реперкуссионных (отражённых) болей в верхних отделах живота. Болевые ощущения могут окончательно переходить в верхние отделы живота. Происходит формирование вторичного очага раздражения в одном из паравертебральных узлов. При исчезновении видимой связи болевого синдрома с половым аппаратом объяснить эти боли обычно бывает очень трудно, и это нередко приводит к диагностическим ошибкам.



3 этап развития заболевания

- Для третьего (полисистемного) этапа заболевания характерно распространение трофических расстройств в восходящем направлении, с вовлечением в патологический процесс различных отделов нервной системы. При этом возникают нарушения менструальной, секреторной и половой функций, кишечные расстройства, изменения обмена веществ. Тазовая боль становится интенсивнее, что делает крайне сложной диагностику заболевания. На этой стадии патологический процесс приобретает полисистемный характер, окончательно исчезает его нозологическая специфичность.



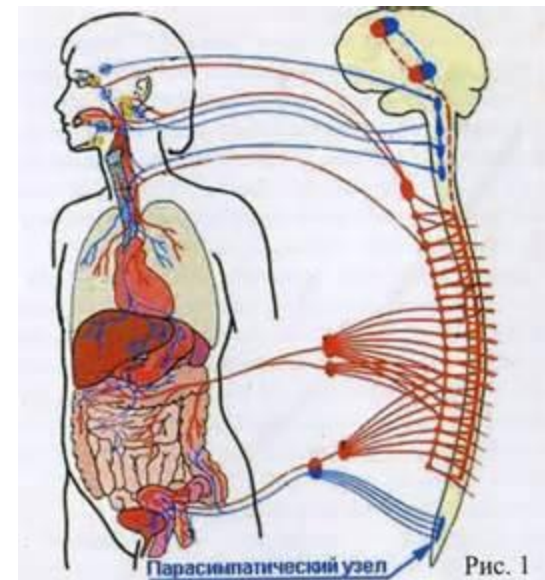
Этапы развития ХТБ

- 1 этап органичный – связан с нарушением кровообращения в органах малого таза (застой крови, полнокровие)
- 2 этап надорганичный – характеризуется надорганичными болями из-за передачи боли по симпатическим волокнам
- 3 этап –полисистемный – когда в процесс вовлечены разные отделы нервной системы

формирование хронической боли

- ХБ - дисфункция нервных путей и центров, контролирующих поток болевых импульсов из-за:
- снижения активности антиноцицептивной системы;
 - сенситизации нейронов;
 - развития нейрогенного воспаления, поддерживаемого постоянной нервной импульсацией и продукцией вещества P, пептида, кодируемого геном кальцитонина (calcitonin gene related peptide, CGRP), фактора роста нервов и нейрокининов в пораженном органе

- Современной медицине известно около 100 гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, в клинической картине которых основным симптомом является хроническая тазовая боль. Перечень этих патологических процессов постоянно пополняется и уточняется, чему способствуют совершенствование старых и разработка новых методов инструментальной и лабораторной диагностики.



- Хроническая тазовая боль значительно чаще бывает симптомом гинекологических (73,1%) или экстрагенитальных заболеваний (21,9%), чем различного рода психических нарушений (1,1%). Столь же редко она имеет самостоятельное нозологическое или синдромное значение (1,5%).



Основные симптомы

В гинекологической практике понятие "хроническая тазовая боль" предполагает наличие в клинической картине заболевания хотя бы одного из перечисленных ниже симптомов:

- **собственно тазовая боль** — болевые ощущения в нижних отделах живота, паховых областях, пояснице, беспокоящие пациентку практически постоянно и усиливающиеся в определённые дни менструального цикла, при переохлаждении, длительной статической нагрузке и т.д.;
- **дисменорея** — болезненные менструации;
- **глубокая диспареуния** — болезненный половой акт при глубоком проникновении.



Состояния, связанные с хроническими тазовыми болями, в соответствии с МКБ-10

Таблица 1.

N94	Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом.
N94.0	Боли в середине менструального цикла.
N94.1	Диспареуния. Исключены: психогенная диспареуния (F52.6).
N94.2	Вагинизм. Исключен психогенный вагинизм (F52.6).
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.



ЭТИОЛОГИЯ ТАЗОВОЙ БОЛИ

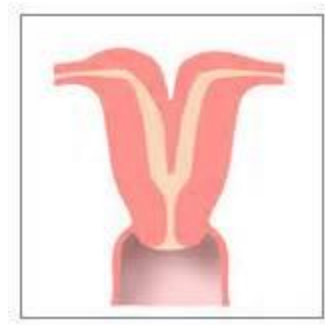
Основные причины боли внизу живота:

- гинекологические заболевания;
- заболевания ЖКТ;
- заболевания опорно-двигательного аппарата;
- синдром миофасциальной боли;
- заболевания органов системы мочевыделения;
- заболевания сосудов, варикозное расширение вен малого таза («конгестивный синдром»);
- психические заболевания;
- заболевания периферической нервной системы;
- абдоминальные припадки эпилепсии;
- депрессивный синдром, в том числе при шизофрении;
- «неорганические» боли, не связанные с психическим заболеванием;
- психогенные боли;
- абдоминальная форма спазмофилии;
- абдоминалгии у больных гипервентиляционным синдромом;
- боль без видимой причины.



гинекологические заболевания

- хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов;
- спаечный процесс как следствие перенесённого воспалительного заболевания половых органов;
- наружный генитальный эндометриоз;
- внутренний эндометриоз тела матки;
- синдром Аллена–Мастерса (травматическое повреждение связочного аппарата матки);
- генитальный туберкулёз;
- миома матки;
- ДОЯ и злокачественные опухоли яичников;
- злокачественные опухоли тела и шейки матки;
- первичная альгоменорея;
- «срединные» боли , боли во время овуляции («Mittelschmerz»);
- аномалии развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови;
- атрезия канала шейки матки;
- использование ВМК;
- серозоцеле и спаечный процесс после гинекологич. операций



Причины хронической тазовой боли и уровень доказательности

Table 2. Causes of Chronic Pelvic Pain

Level A

Endometriosis

Gynecologic malignancies

Residual ovary syndrome

Pelvic congestion syndrome

Pelvic inflammatory disease

Level B

Adhesions

Leiomyomata

Level C

Adenomyosis

Ovulatory pain

Adnexal cysts

Cervical stenosis

Chronic endometritis

Intrauterine contraceptive device

Uterine prolapse

Синдром венозного полнокровия относится в основным причинам хронической тазовой боли наряду с эндометриозом и имеет такой же уровень доказательности (уровень доказательности A)

Пик данной патологии приходится на женщин после 30 лет – наиболее социально активный период

A = хорошая доказательная база

B = ограниченная научная база

C = экспертной мнение

Hospital Physician July 2007

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Основные причины формирования синдрома хронической тазовой боли при гинекологических заболеваниях :

- расстройства регионарной и внутриорганной гемодинамики,
- нарушение тканевого дыхания с избыточным образованием продуктов клеточного метаболизма,
- воспалительные, дистрофические и функциональные изменения в периферическом нервном аппарате внутренних половых органов вегетативных симпатических ганглиях



- изменение биоэлектрической активности преимущественно на уровне мезэнцефалического отдела большого мозга и ядерных структур гипоталамуса. Хронический стресс, при котором происходят процессы дезадаптации прежде всего на центральном уровне, наряду с прочими нарушениями приводит к дисфункции гипоталамо-гипофизарной, а также к усилению возбуждения ноцицептивной системы. Следствием этого является снижение порога болевой чувствительности и, соответственно, – дальнейшее усиление ощущения боли даже при наличии подпороговых раздражителей. Немаловажное значение также имеют нарушения обмена простагландинов, чувствительность миометрия к которым возрастает на фоне гестагенной недостаточности и клинически проявляется спазмами и болями. Такие изменения неспецифичны и с одинаковой вероятностью могут возникать у женщин с ХТБ различного генеза.

Висцеральный синдром при эндометриозе

Эндометриоз выявляется у 70-90% женщин с различными симптомами боли.

- Тазовая боль (не связанная с менструацией);
- Боль при мочеиспускании (дизурия);
- Боль при дефекации (дисхезия);
- Нерегулярные маточные кровотечения;
- Запоры или диарея;
- Тошнота или рвота;
- Чувство усталости / отсутствие энергии (анергия).



У 77,2% пациенток с эндометриозом отмечаются психоэмоциональные нарушения:

- неустойчивое настроение,
- раздражительность,
- эмоциональная лабильность (55,6%),
- тревожность, фобии, бессонница (12,3%),
- ипохондрия, истерия, депрессия (9,3%)

- В генезе болевого симптома при эндометриозе основное значение имеют следующие факторы:
- повышение локальной продукции ПГЕ₂ и nFF₂ct,
 - раздражение соматических рецепторов брюшины вследствие микрокровоизлияний в ткань эндометриоидных гетеротопий и сопутствующих этому явлений перифокального асептического воспаления.

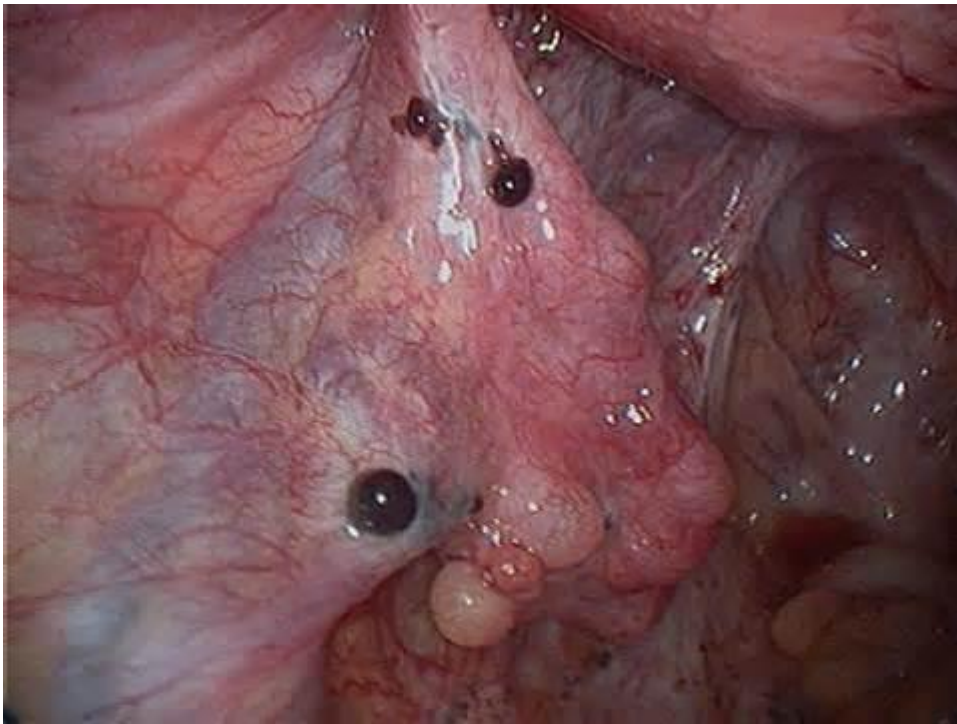


Механизм боли при эндометриозе

- воспалительная реакция с выделением различных медиаторов воспаления и боли (простагландинов, гистаминов, кининов);
- повышение экспрессии фактора роста нервов (ФРН) в очагах эндометриоза, потенцирующее развитие нейропатической боли;
- образование рубцов и адгезия приводит к деформации, натяжению тканей и органов и боли при физической нагрузке;
- фиксация матки в ретропозиции, а также рубцовые изменения крестцово-маточных связок, ретровагинальной перегородки, прямокишечно-маточного пространства вызывают диспареунию;
- рубцовые поражения кишечника и мочевого пузыря или вовлечение их в спаечный процесс, а также нарушение функционирования нервных путей вызывают боли при дефекации и мочеиспускании.



Локализация эндометриоза



Миома матки

- тянущие, схваткообразные боли в нижних отделах живота и пояснице
- иррадиации в другие анатомические области, как правило, нет
- характерны патологические менструальные кровотечения. При миоме менструации часто обильны, со сгустками и продолжаются 6–8 дней
- иногда болезненные ощущения появляются во время менструации

ДИСМЕНОРЕЯ

циклический патологический процесс,
сопровождающийся выраженными
болезненными менструациями
плохим самочувствием

50 - 70% женщин

детородного возраста
страдают от дисменореи



ДИСМЕНОРЕЯ

60 % подростков

отмечают признаки дисменореи
в первые три года после менархе
(первая менструация)

У **30 %** болеющих дисменореей женщин
матери также страдали этим заболеванием

Среди всех причин отсутствия молодых девушек
в школе дисменорея занимает **первое** место

дисменорея

- У женщин с первичной альгодисменореей боли появляются через 1–2 года после менархе, локализуются в нижних отделах живота (в ряде случаев с иррадиацией по внутренней поверхности бедер) и носят схваткообразный характер. Особенностью болей является то, что они начинаются за несколько часов до менструации, у всех больных сопровождаются головными болями, а в редких случаях – многократной рвотой.

Хронический сальпингоофорит

- постоянные, тупые, ноющие боли, локализующиеся в нижних отделах живота
- В 60% случаев встречается иррадиация болевых ощущений в крестец
- усиление болей отмечается при менструации, физическом напряжении, половом акте, гинекологическом обследовании
- у некоторых пациенток присутствует диспареуния (но в отличие от ТВП болевые ощущения исчезают после прекращения полового акта)
- менструальный цикл у большей части больных протекает без особенностей
- обильные слизистые или серозные выделения из половых путей

Для гинекологических заболеваний характерно наличие обширных зон иррадиации и реперкуссии боли:

- паховая область
- влагалище или промежность
- внутренняя поверхность бедер
- подчревная область
- нижняя часть спины
- область прямой кишки



Реперкуссия боли при гинекологических заболеваниях

- при дисменорее отраженные боли ощущаются в подчревной или подвздошной областях, реже в крестце и пояснице
- при хронических воспалительных заболеваниях матки боль бывает постоянной и ощущается не только над лоном, но и в пояснично-крестцовой области, чаще возникают на левой стороне, что связано с особенностями распределения зон кожной чувствительности (зоны Захарьина-Геда).
- при поражении придатков матки - в подчревной и околопупочной областях, левом подреберье, надключичной области, могут распространяться вниз на область прямой кишки, верхнюю половину влагалища, внутреннюю поверхность бедер.
- при заболеваниях внутренних половых органов и толстой кишки реперкуSSIONной зоной, является затылочная область. Этим можно объяснить столь часто отмечаемое возникновение головной боли у гинекологических больных.

заболевания ЖКТ

- хронический колит;
- синдром раздражённого кишечника;
- неспецифический язвенный колит



Синдром раздраженного кишечника



Симптомы:

- боль локализуется в нижнем отделе живота, преимущественно слева;
- носит спастический характер ;
- сочетается с диареей, запором, вздутием живота;
- боль усиливается после приема пищи и облегчается после дефекации;
- характерно чувство «препятствия» в прямой кишке в момент натуживания при дефекации
- ощущение неполного опорожнения прямой кишки,
- выделение слизи с калом.

Синдром раздраженного кишечника

- Согласно Римским критериям функциональных расстройств при СРК периоды появления боли обязательно должны сочетаться с изменением частоты стула и консистенции кала.

(1999 г., Рим, VII Европейской гастроэнтерологической конгресс)



воспалительные заболевания кишечника

- Хроническая тазовая боль на фоне воспалительных заболеваний кишечника характеризуется сочетанием с тенезмами, диареей с примесью крови, слизи и гноя, общей слабостью, снижением веса. Сходные симптомы могут наблюдаться и при ишемическом колите, для которого также характерны упорный метеоризм, боль в животе, неустойчивый стул.



Хроническая прокталгия

Хроническая прокталгия – один из распространенных вариантов тазовой боли.

Причины:

- повреждения, трещины слизистой оболочки прямой кишки и кожи вокруг ануса,
- стеркоральные язвы,
- геморрой,
- ректальный пролапс,
- рецидивирующая герпетическая и цитомегаловирусная инфекция, инфекция вирусом папилломы человека,
- опухоль,
- хронический параректальный абсцесс.



заболевания органов системы мочевыделения

- хронический цистит;
- мочекаменная болезнь;
- тазовая дистопия почки, нефроптоз
- опухоли мочевого пузыря
- обструктивная уропатия



заболевания органов системы мочевыделения

Симптомы:

- боль (ощущение дискомфорта, чувство давления) в надлобковой области, усиливающиеся по мере наполнения мочевого пузыря либо после его опорожнения.
- боль в надлобковой области, уретре во время мочеиспускания;
- неотчетливо локализованная боль в области таза, с возможной иррадиацией;
- императивные позывы на мочеиспускание и/или учащенное мочеиспускание;
- наличие патологических примесей в моче;
- диспаренурия.



заболевания опорнодвигательного аппарата

- остеохондроз позвоночника;
- грыжа Шморля;
- кокцигодиния, артроз крестцовокопчикового сочленения;
- первичные опухоли костей таза;
- метастазы в кости таза и позвоночник;
- туберкулёз костно-мышечной системы;
- симфизиолиз, симфизиопатии;



поражении мышечно-связочного аппарата таза

- причиной хронического тазового болевого синдрома, не связанного с висцеральной патологией малого таза и травматическими изменениями часто может являться миофасциальный болевой синдром.

W. Smith, (1959) G. Thiele (1963), J. Slocumb (1984)



- Миофасциальные синдромы или хроническая миофасциальная боль – это хронические болевые синдромы и дисфункции, вызванные хроническим спазмом мышечно-связочного аппарата малого таза и наличие триггерных точек, при пальпации которых отмечается усиление и иррадиация боли.



Основные причины развития миофасциального болевого синдрома

- перегрузка отдельных скелетных мышц, обусловленная позным перенапряжением в нефизиологических условиях вследствие структурной аномалии скелета (разная длина ног, плоскостопие, деформации таза и т. д.);
- растяжение и ушиб мышц
- повторная микротравматизация - микротравмы мышц чаще всего возникают при выполнении профессиональных стереотипных движений и хронической перегрузке мышц или при длительной работе нетренированных мышц
- длительная иммобилизация мышц;
- длительное непосредственное сдавление разных групп мышц;
- переохлаждение - низкая температура способствует мышечному спазму;
- психоэмоциональный стресс - сопровождается мышечным напряжением и может активировать триггерные точки. Мышцы могут находиться в спазмированном состоянии и после прекращения воздействия стрессорного агента



патогенез миофасциальной боли

Перегрузка мышцы приводит к микроповреждению тканей, высвобождается внутриклеточный кальций, инициирует и поддерживает мышечное сокращение, которое служит источником боли. Накопление медиаторов воспаления, серотонина, простагландинов активируют болевые рецепторы, что в свою очередь поддерживает рефлекторное сокращение мышцы. На фоне локального нарушения кровотока в спазмированной мышце происходит накопление молочной кислоты, которая служит дополнительным источником сенситизации нервных окончаний. Формируется порочный круг боли с участием микроповреждения, локального воспаления и мышечного спазма. В создавшихся условиях происходит формирование триггерных точек.



Виды миофасциальных синдромов малого таза:

- синдром леватора;
- синдром внутренней obturatorной мышцы;
- piriformis-синдром.



Рисунок 9.
Локализация боли
при синдроме
леватора

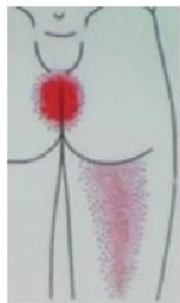


Рисунок 10.
Локализация боли
при синдроме
внутренней
obturatorной
мышцы

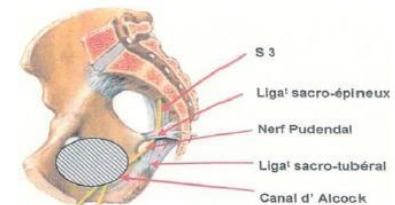


Рисунок 3. Анатомия полового нерва.
1. клитор, половые губы, вульву и 1/3 влагалища;
2. промежность (кожу, леваторы и т.д.);
3. задний проход и прямую кишку.

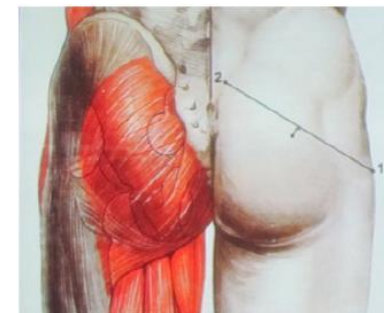


Рисунок 4. Триггерная точка
m. piriformis

Синдром леватора

- боль в аноректальной области;
- боль во влагалище;
- боль в гипогастрии;
- поллакиурия и императивные позывы на микцию (мочеиспускание);
- усиление боли в положении сидя.



Синдром внутренней обтураторной мышцы:

- чувство инородного тела в прямой кишке;
- боль в уретре;
- боль в области вульвы.



Рисунок 9.
Локализация боли
при синдроме
леватора

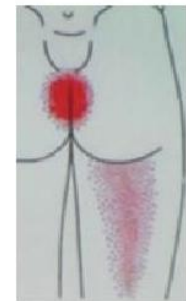


Рисунок 10.
Локализация боли
при синдроме
внутренней
обтураторной
мышцы

Piriformis-синдром:

- боль в пояснице;
- боль в промежности;
- диспареуния;
- боль в ягодице и тазобедренном суставе;
- боль при дефекации.

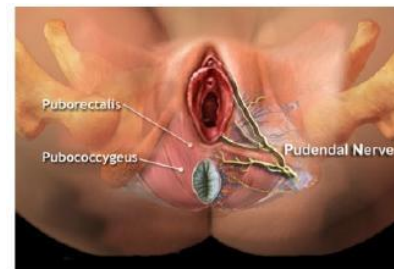


Рисунок 1. Ветви полового нерва

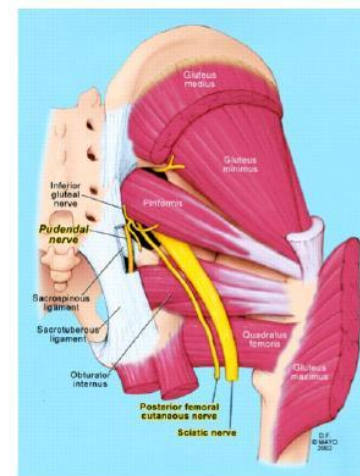


Рисунок 2. Патогенез *piriformis-syndrome*

Варикозная болезнь вен таза

- Варикозная болезнь вен таза (ВБВТ) характеризуется симптомокомплексом, включающим хронические тазовые боли, диспареунию и вульварный варикоз. Длительное существование таких симптомов сопровождается развитием депрессивных состояний. До 30% пациенток страдают варикозной болезнью вен нижних конечностей. Патогномоничным симптомом является наличие варикозных вен на промежности, ягодицах, паховых областях. Особенность ХТБ - уменьшение после ночного отдыха и на фоне приема венотонических препаратов.



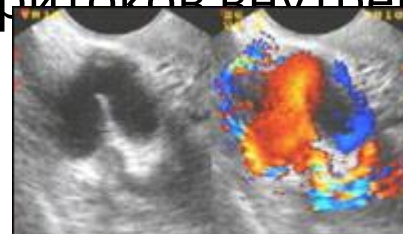
Факторы, способствующие развитию синдрома тазового венозного полнокровия

- гиподинамия, длительное пребывание в положении сидя,
- поднятие тяжестей, физические нагрузки
- переохлаждение,
- половая фрустрация (сексуальная неудовлетворенность при отсутствии оргазма или эякуляции),
- половые эксцессы (чрезмерная половая активность),
- половая депривация (длительное воздержание), прерванные половые акты,
- злоупотребление алкоголем, острой пищей, шоколадом, кофе, какао.
- воспалительные заболевания органов малого таза
- применение гормональных препаратов



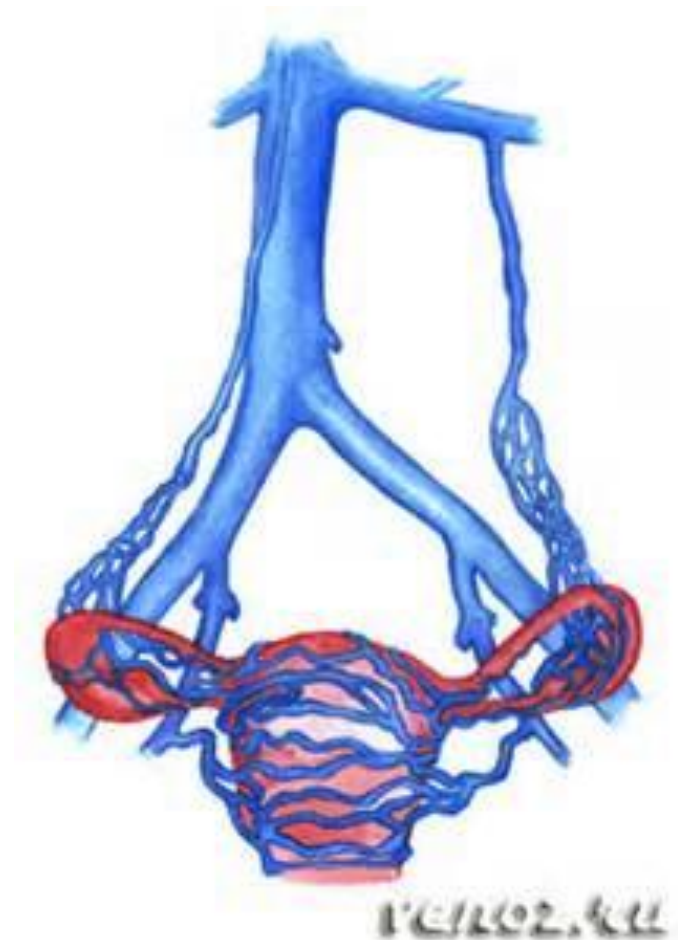
классификация варикозного расширения тазовых вен

- 1) по клиническим проявлениям:
синдром тазового венозного полнокровия;
варикоз наружных половых органов;
- 2) по течению:
болевая форма;
безболевая форма;
латентная форма (асимптомная)
- 3) по распространенности поражения тазовых вен:
изолированное расширение тазовых венозных сплетений;
сочетанное расширение гонадных вен и тазовых венозных сплетений;
одностороннее или двустороннее расширение гонадных вен;
расширение ствола или притоков внутренних подвздошных вен.



Клиническая симптоматика

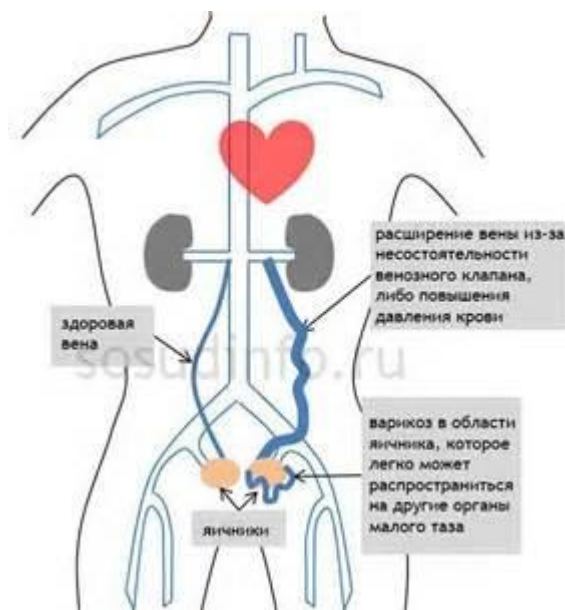
- чувство тяжести и боли в малом тазу, возникающее при длительных статических нагрузках, перегревании или тяжелой физической работе;
- боль во время полового акта (диспареуния) и посткоитальная боль 1-2 дня;
- выраженный предменструальный синдром;
- дисменорея;
- боль и повышенная чувствительность в области промежности и вульвы;
- дизурические расстройства.



Варианты течения ВРВМТ

- варикозное расширение вен промежности и вульвы;
- синдром венозного полнокровия малого таза (англ. — pelvic congestion syndrome)

Это разделение весьма условно, так как более чем в 50% случаев варикозное расширение вен промежности провоцирует нарушение оттока из вен малого таза, и наоборот.



Дифференциальные признаки тазового венозного полнокровия

Таблица 1. Дифференциально-диагностические признаки ТВП

Симптом	ТВП	Эндометриоз	Хронический сальпингоофорит	Миома матки	Первичная альгодисменорея	Кисты яичников
Хронические тазовые боли	Появляются или усиливаются при длительном стоянии, приеме гестагенов, на 14–15-й день цикла	Постоянные, с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, максимум накануне или во время менструации	Постоянные, тупые или ноющие, усиливаются при охлаждении, менструации, интеркуррентных заболеваниях	Постоянные, иногда схваткообразные	Во время менструации, схваткообразные	Тянущие, ноющие
Варикозная болезнь нижних конечностей	Часто (50%)	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Диспареуния	Часто (63%)	37,5%	28,6%	Нет	Нет	Нет
Бесплодие	8,6%	20,8%	Нет	Нет	Нет	Нет
Нарушения менструального цикла	Длительные менструации (5–7 дней) у 27,5%	Альгодисменорея, гиперменорея, мажущие выделения	Альгодисменорея (42,8%)	Обильные, длительные менструации	Болезненные менструации	Олигоменорея (при СПКЯ)
УЗАС тазовых вен	Варикозная трансформация маточных вен, расширение яичниковых вен	Варикоз маточных вен	Нет	Варикоз маточных вен	Нет	Нет
Рефлюкс по яичниковым венам	Есть	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет

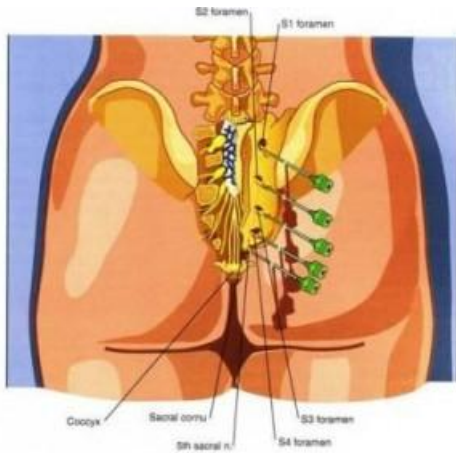
Основные этапы дифференциально-диагностического поиска при синдроме и симптоме хронической тазовой боли:

I этап диагностики тазовой боли

- Анамнез
- 1. причина появления тазовой боли;
- 2 .длительность болевого симптома;
- 3. факторы, провоцирующие усиление тазовой боли;
- 4 .сопутствующие симптомы;
- 5 .наличие и особенности течения болевых кризов;
- 6. эффективность предшествующей терапии.



Точная топография боли имеет
огромное значение!



топография боли



- Боль по средней линии живота выше лонного сочленения характерна для хронических воспалительных заболеваний и опухолей матки, мочевого пузыря, прямой кишки, внутреннего эндометриоза II–III стадии;
- боль в правой/левой подвздошных областях является симптомом хронического воспаления придатков матки, наружного генитального эндометриоза, травматического повреждения широких связок матки (синдром Аллена — Мастерса), доброкачественной и злокачественной опухоли внутренних половых органов;
- боль в нижних квадрантах живота справа или слева наблюдается при функциональных или органических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, органов мочевыводящей системы, при поражении забрюшинных лимфатических узлов;
- боль с эпицентром в пояснично-крестцовой области часто связана с приобретенными заболеваниями скелета травматического, воспалительного, дегенеративного или опухолевого генеза;
- боль в области копчика чаще бывает следствием его травматического повреждения.



факторы, провоцирующие усугубление болевой симптоматики

- появление или усиление болевых ощущений во 2-й фазе менструального цикла, обычно за 3–7 дней до ожидаемой менструации, может быть проявлением предменструального синдрома, генитального эндометриоза, варикозного расширения вен малого таза
- появление или усугубление тазовой боли во время менструации ассоциируют с аденомиозом, первичной альгодисменореей, аномалиями положения и развития матки, хроническим эндометритом.
- нарастание болевой симптоматики в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла наиболее характерно для обострения хронического воспаления придатков матки.



факторы, провоцирующие усугубление болевой симптоматики

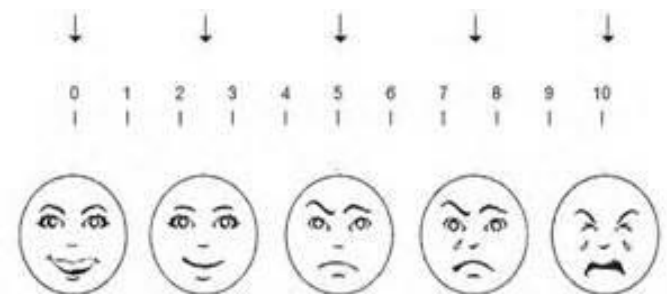
- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата - статическая или динамическая физическая нагрузка;
- при поражении мочевой системы — переохлаждение или погрешности в диете (солёная острая пища и др.). Последний фактор считают решающим и при заболеваниях ЖКТ.



■ II этап диагностики тазовой боли

- 1 Общее клиническое и специальное гинекологическое обследование.
- 2 Оценка вегетативного и психологического статуса.
- 3 Определение порогов болевой чувствительности или тестирование по визуально-аналоговым шкалам.

4 Консультации специалистов:
терапевта;
уролога;
невропатолога;
хирурга.



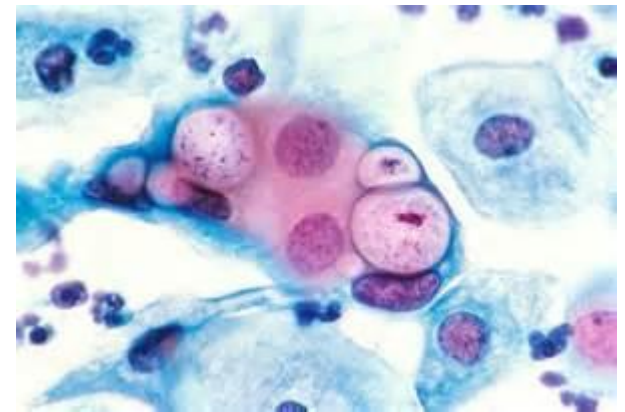
- **III этап диагностики тазовой боли**

- 1. Клинико-лабораторное тестирование:

- развернутый анализ крови;

- анализ мочи;

- бактериологическое и вирусологическое исследования отделяемого из шейки матки и влагалища, ПЦР-диагностика (хламидии, герпетическая инфекция).



2. Эхографические исследования:
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
 - трансабдоминальная и/или трансвагинальная эхография внутренних половых органов;
 - доплерометрия сосудов таза и почечных сосудов.

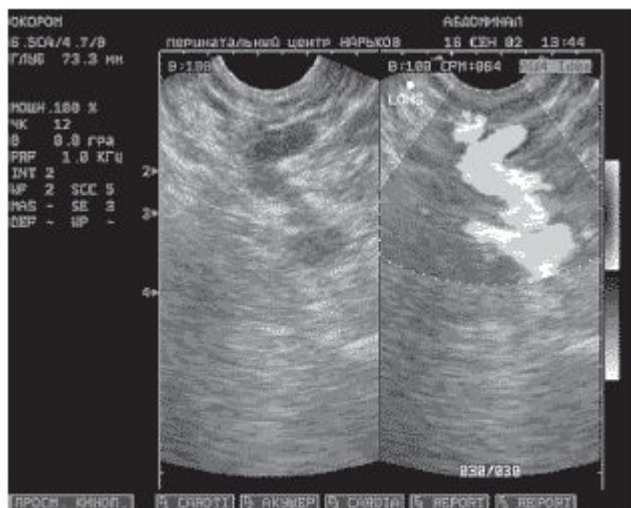


Методы диагностики ВБВТ

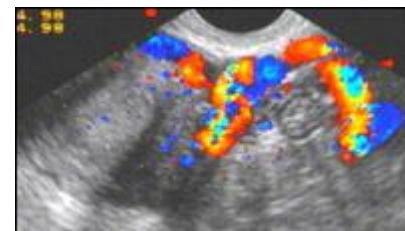
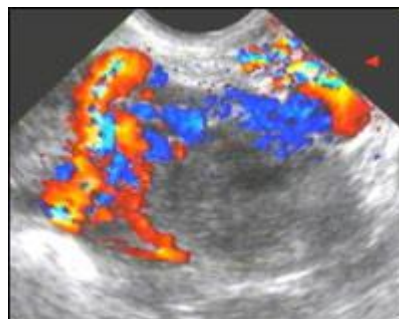
- клиническое обследование (осмотр, пальпация, сбор жалоб, анамнеза);
- ультразвуковое ангиосканирование вен таза выполняемое в трансвагинальной и трансабдоминальной модификациях с визуализацией нижней полой, почечных, подвздошных и яичниковых вен, венозных сплетений матки и яичников;
- сцинтиграфия тазовых вен (эмиссионная КТ);
- мультиспиральная КТ и/или МРТ вен таза;
- селективная овариография и тазовая флебография;
- ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, необходимое для выявления латентных форм варикозной болезни вен нижних конечностей.



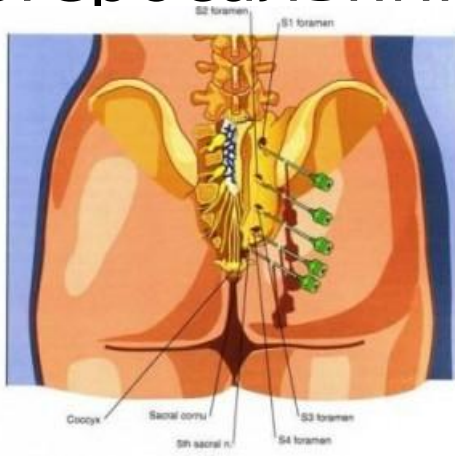
ультразвуковое ангиосканирование вен таза



*Рисунок 1. Варикозное расширение вен таза.
Ультразвуковое трансвагинальное сканирование
органов малого таза на аппарате «Esaote
Biomedica» AU 4 (Италия)*



- 3. Рентгенологические исследования:
- рентгенография позвоночника;
- рентгенография костей таза;
- ирригоскопия;
- экскреторная урография;
- гистеросальпингография.

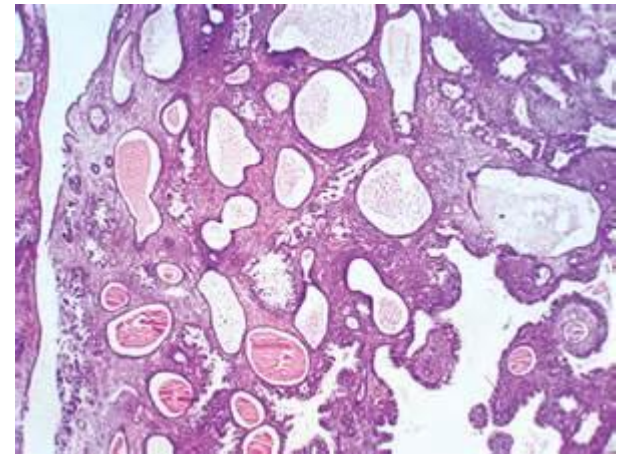
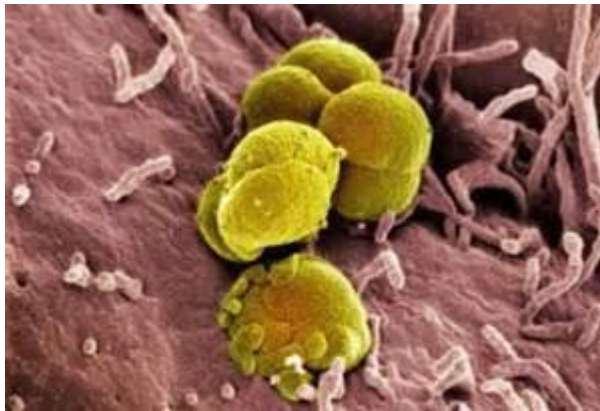


4. Эндоскопические исследования:

- лапароскопия (необходимый этап диагностики перитонеального эндометриоза, синдрома Аллена-Мастерса, хронического воспаления придатков матки, спаечного процесса в брюшной полости и полости таза, варикозного расширения вен малого таза);
- гистероскопия;
- цистоскопия;
- колоноскопия.



- **IV этап диагностики тазовой боли**
- 1 Патоморфологическое исследование биоптатов брюшины, шейки матки, соскобов эндометрия и пр.
- 2 Цитологическое исследование аспирата из брюшной полости.

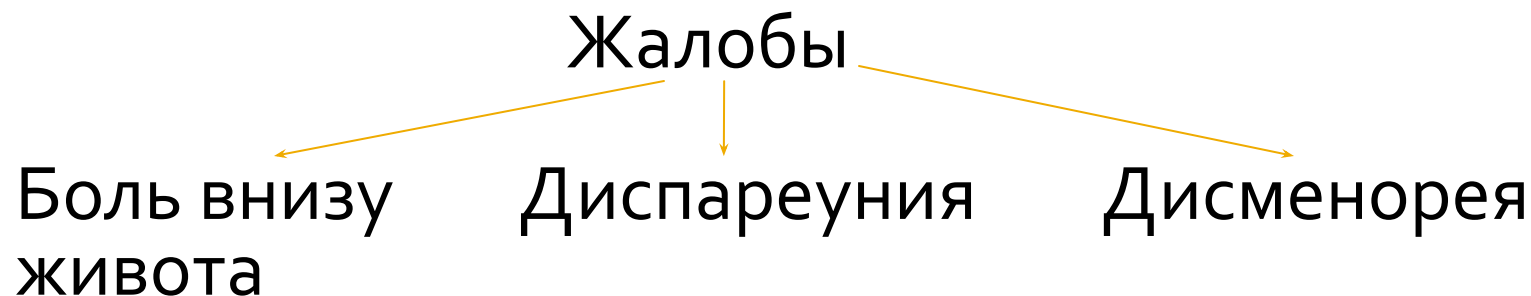


Обязательными составляющими этого комплекса являются:

- лабораторное тестирование на наличие герпетической, хламидийной и микоплазменной инфекции, которая чаще других приводит к развитию тазовых ганглионевритов;
- УЗИ органов малого таза (скрининг для исключения органических заболеваний внутренних половых органов и мочевыделительной системы), доплерометрия сосудов таза и почек;
- рентгенологическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза;
- денситометрия (после 45 лет);
- рентгенологическое (ирригоскопия) или эндоскопическое (ректороманоскопия, колоноскопия, цистоскопия) исследование желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря;
- лапароскопия.

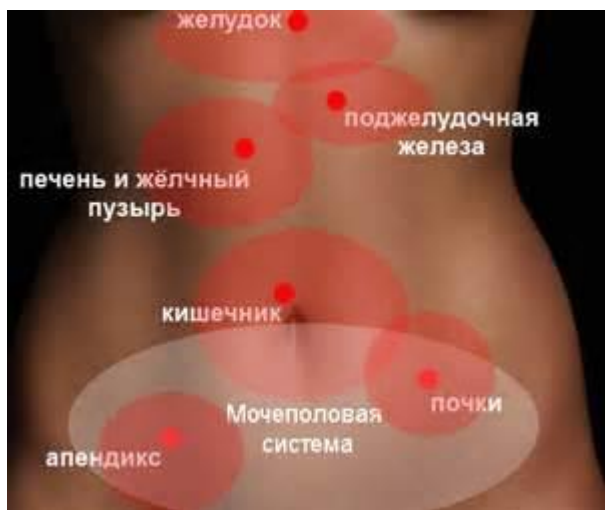
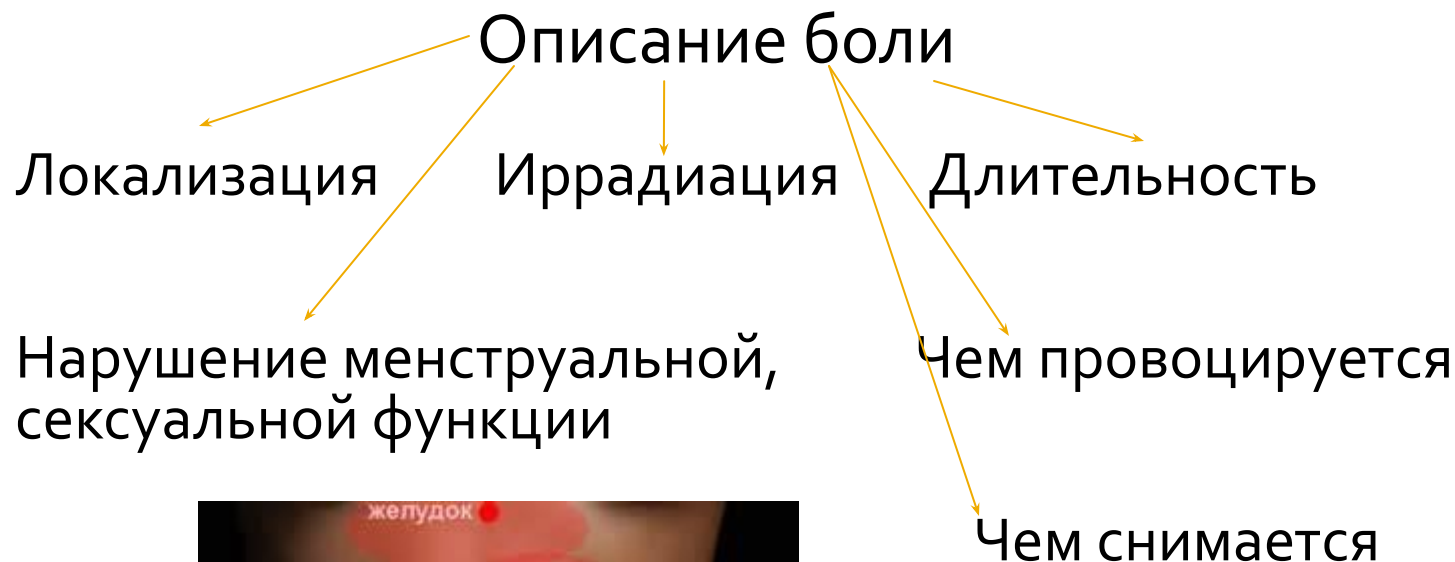


Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли

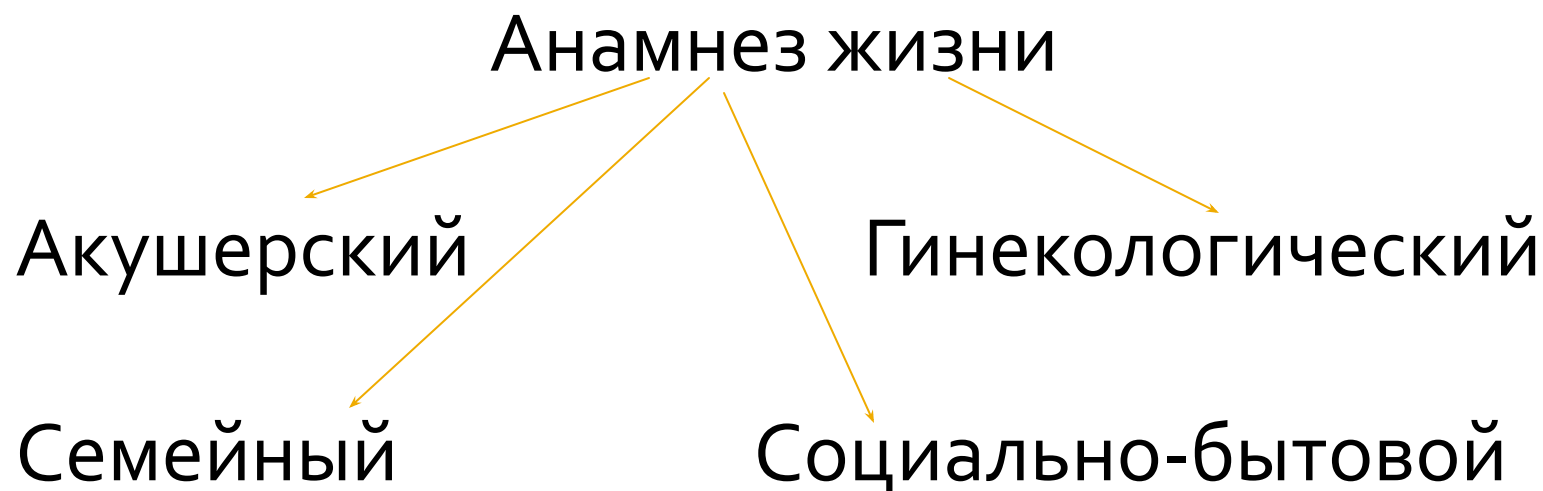


Существует много оценочных тестов боли в виде вопросников, лестниц, баллов. Самой распространенной и простой для больного является бальная система, градуированная от 0 до 4, где 0 - нет боли, 1 - умеренная боль, 2 - средняя, 3 - сильная и 4 - очень сильная, мучительная

Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли



Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли



Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли

Объективное обследование

Общий осмотр

Осмотр по системам

Правильная пальпация живота для выявления триггерных точек и кожных парестезий

Гинекологический осмотр



Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли

Лабораторно-инструментальное обследование

Лабораторные анализы

Узи

Доплерометрия сосудов таза и почек

Рентгенологическое исследование

Эндоскопическое исследование

Диагностическая лапароскопия



Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли

Результат исследования:

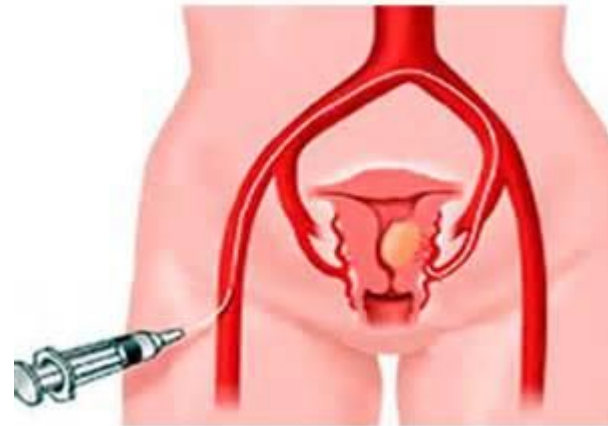
- Гинекологическая патология
- Урологическая патология
- Патология скелетно-мышечной системы
- Патология ЖКТ
- Патологии не выявлено



Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли

ХТБ органического генеза - тазовая боль как симптом

Лечение основного заболевания



Алгоритм действий врача при наличии хронической тазовой боли

Не выявлено гинекологической и экстрагенитальной патологии:

консультация психиатра

- органические психические заболевания
- психопатии у лиц с тревожно-мнительным, ипохондрическим и астеническим типом личности
- боль-болезнь

Фактически отсутствие эффекта любого лечения



Если причину хронической тазовой боли выявить не удаётся (приблизительно в 1,5% случаев), то в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (ВОЗ, Женева, 1997 г.) предусмотрена рубрикация "боль без видимой причины", которая даёт основания к проведению симптоматической терапии.



Лечение хронической тазовой боли

Основная цель лечения: подавление гиперактивности ноцицептивных нейронов, разрушение генераторов патологически усиленного возбуждения для частичной или полной ликвидации патогенной алгической системы.



Пути устранения боли

- устранение (хирургически или с помощью медикаментозной терапии) источника болевой импульсации;
- прерывание распространения ноцицептивного импульса по нервным волокнам;
- изменение (с помощью психотерапии или психотропных средств) восприятия ноцицептивного стимула;
- повышение активности эндогенной антиноцицептивной системы.



Основные принципы лечения синдрома хронической тазовой боли

- необходимо помочь больной понять причину боли и по возможности конкретизировать факторы, которые приводят к ее обострению.
- свести к рациональному минимуму число используемых для лечения фармакологических средств, исключив лишние и неэффективные. Необходимо максимально упростить схемы лечения, постепенно уменьшая дозы препаратов до таких, при которых достигается выраженное благоприятное воздействие с минимальными побочными эффектами.
- как можно раньше и шире использовать методы восстановительной терапии с целью коррекции личностных факторов, мешающих устранению боли, увеличения функциональных возможностей женского организма, повышения качества жизни.



Этиотропное лечение хронической тазовой боли

Цель лечения: устранение (прекращение действия) причины болевых ощущений.

Методы лечебного воздействия:

- Антибактериальная, противовирусная, противогрибковая терапия при хронических воспалительных заболеваниях половых органов.
- Хирургическое (традиционное, эндоскопическое) лечение при опухолях половых органов, спаечном процессе, наружном и внутреннем эндометриозе, аномалиях развития и неправильных положениях половых органов и пр.
- Эндоваскулярное и эндохирургическое лечение варикозного расширения вен малого таза.
- Прием нестероидных противовоспалительных препаратов и спазмолитиков при альгодисменорее.



Режимы антибиотикотерапии ВЗОМТ в амбулаторных условиях: схемы, адаптированные для применения в РФ (2013 – 14 гг)

- Моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки 14 дней + Цефиксим 400 мг 1 раз внутрь или Цефтриаксон 0,5 г в/м 1 раз (при подозрении на гонококковую инфекцию)
- Амоксициллин/клавуланат + Азитромицин 1 г в 1 и 8 день терапии или доксициклин 100 мг 2 раза в сутки 14 дней
- Офлоксацин или Левофлоксацин + Метронидазол 14 дней + Цефиксим 400 мг 1 раз внутрь или Цефтриаксон 0,5 г в/м 1 раз (при подозрении на гонококковую инфекцию)
- Азитромицин 1 г в 1 и 8 день терапии или доксициклин + Метронидазол 14 дней + Цефиксим 400 мг 1 раз внутрь или Цефтриаксон 0,5 г в/м 1 раз (при подозрении на гонококковую инфекцию).

Режимы антибиотикотерапии ВЗОМТ в стационарных условиях: схемы, адаптированные для применения в РФ (2013 - 14 гг)

- Амоксициллин/клавуланат + Азитромицин 0,5 г в 1 и 8 день терапии или доксициклин 14 дней
- Моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки в/в, затем перорально 14 дней + Цефтриаксон 0,5 г в/м 1 раз (при подозрении на гонококковую инфекцию)
- Офлоксацин или Левофлоксацин + Метронидазол 14 дней + Цефтриаксон 0,5 г в/м 1 раз (при подозрении на гонококковую инфекцию)
- Клиндамицин + Гентамицин + доксициклин

Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза без ошибок и экспериментов: методическое руководство для врачей
/ Под. ред. Радзинского В.Е., Козлова Р.С., Духина А.О.
— М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013г.



Лечение рецидива ГГ

- Ацикловир 400 мг внутрь три раза в день в течение 5 дней
- Ацикловир 800 мг внутрь два раза в сутки в течение 5 дней
- Ацикловир 800 мг внутрь три раза в день в течение 2 дней

- Фамцикловир 125 мг перорально два раза в день 5 дней
- Фамцикловир 1000 мг внутрь два раза в сутки в 1 день
- Фамцикловир 500 мг однократно, затем-по 250 мг дважды в день в течение 2 дней

- Валацикловир 500 мг внутрь два раза в сутки 3 дня
- Валацикловир 1 г внутрь однократно в день 5 дней

Centers for Disease Control and Prevention.
[Title]. MMWR 2010;



Рецидивизирующий ГГ

Панавир

- При тяжелом течении и первичном эпизоде – 5 в/в инъекций 0,04 мг/мл по 5,0 мл по схеме: первые три с интервалом 48 часов, последующие две с интервалом 72 часа или суппозитории ректальные *панавир* 200 мкг 10 дней (на ночь). Местно гель *панавир* 0,002% 3-4 раза в сутки на пораженные участки.



Рецидивирующий ГГ

Панавир

- При легком течении и при рецидиве – 2 в/в инъекции 0,04 мг/мл по 5,0 мл с интервалом 48 часов, если первые две инъекции не привели к улучшению, третья ч/з 48 часов или суппозитории ректальные *панавир* 200 мкг 5 дней (на ночь).

Местно гель *панавир* 0,002% 3-4 раза в сутки на пораженные участки.

- Панавир является противовирусным (в отношении вирусов Herpes simplex I et II, Herpes Zoster, Epstein-Barr, Cytomegalovirus, Human papillomavirus, клещевого энцефалита, гриппа) и иммуномодулирующим средством. Вирусостатическое действие обусловлено блокадой синтеза вирусных белков. Повышает неспецифическую резистентность организма к различным инфекциям, способствует индукции синтеза интерферона альфа и коррекции уровня интерферона-гамма. Обладает противовоспалительным действием.

Патогенетическое лечение хронической тазовой боли

Цель лечения: нормализация локальных биохимических процессов в тканях, окружающих болевой рецептор.

Методы лечебного воздействия:

- Заместительная гормональная терапия.
- Гормональная терапия при наружном генитальном эндометриозе.
- Антиоксидантная терапия, витаминно- и энзимотерапия.
- Физиотерапия.
- Нестероидные противовоспалительные препараты.
- Прием препаратов, нормализующих микроциркуляцию в тканях.



Терапия тазовой боли

В гинекологической практике ослабление болевых ощущений связано с применением гормональных и нестероидных противовоспалительных препаратов, рациональным использованием естественных и преформированных физических факторов, в ряде случаев с ограничением статической нагрузки, а также применением спазмолитических, вазотропных, седативных и психотропных средств.

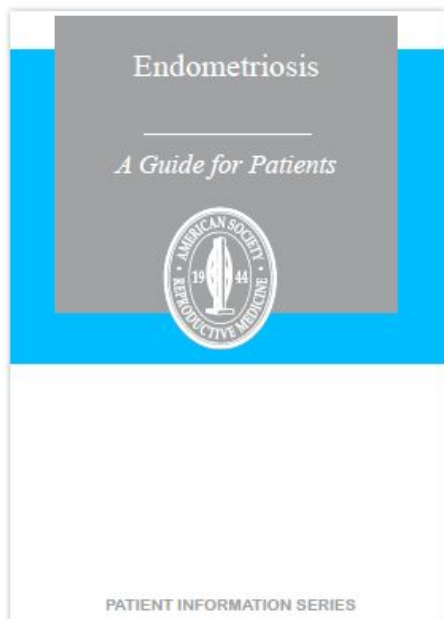


Гормональная терапия тазовой боли

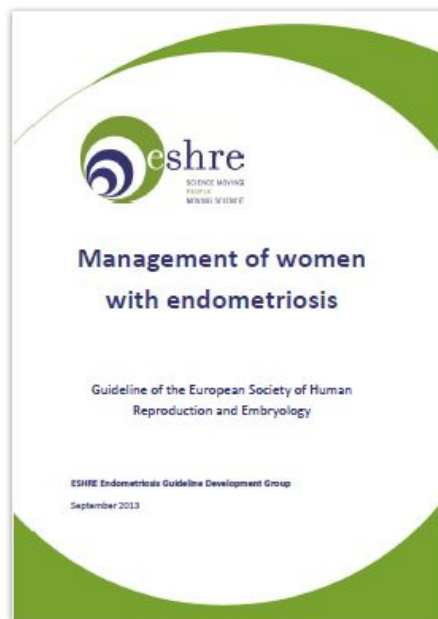
- Гормональная терапия (синтетические эстроген-гестагенные препараты, гестагены, агонисты ГнРГ.) способствует значительному ослаблению тазовой боли при генитальном эндометриозе, первичной альгодисменорее, предменструальном синдроме, синдроме срединных болей. Важно - при варикозном расширении вен таза болевые ощущения на фоне гормонотерапии обычно усиливаются.



Российские и зарубежные клинические рекомендации по лечению эндометриоза¹⁻³



American Society for Reproductive Medicine



European Society of Human Reproduction and Embryology



Российская Ассоциация по эндометриозу

[1] G.A.J. Dunselman et al, ESHRE guideline: management of women with endometriosis; Human Reproduction, Vol. 29, №3, pp.400-412, 2014

[2] Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Fertil Steril, 2014, 101:927-35

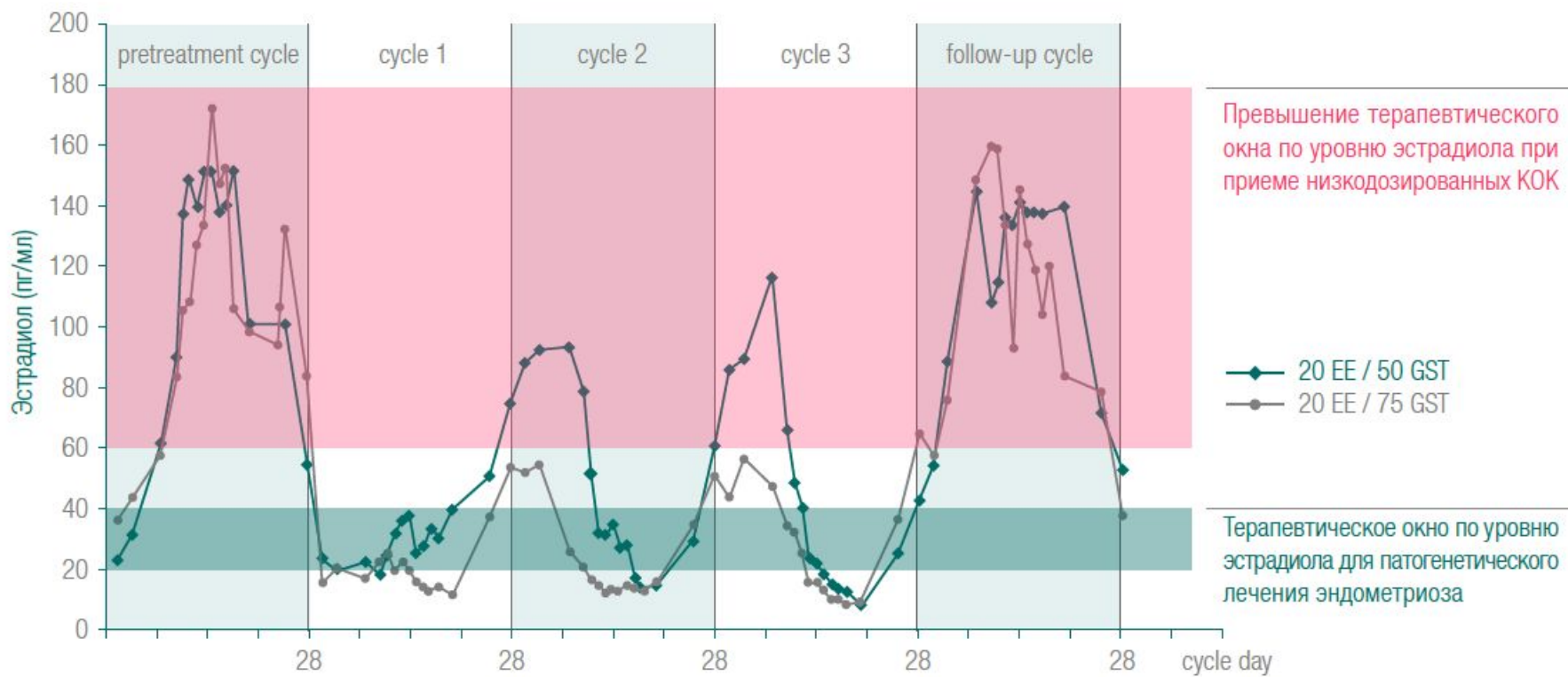
[3] Адамян Л.В. и соавторы, Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация, Клинические рекомендации, Москва, 2013

Российские и международные клинические рекомендации всех стран подчеркивают важность разработки долгосрочного плана ведения пациентов*

Алгоритм долгосрочного плана ведения пациенток с эндометриозом*

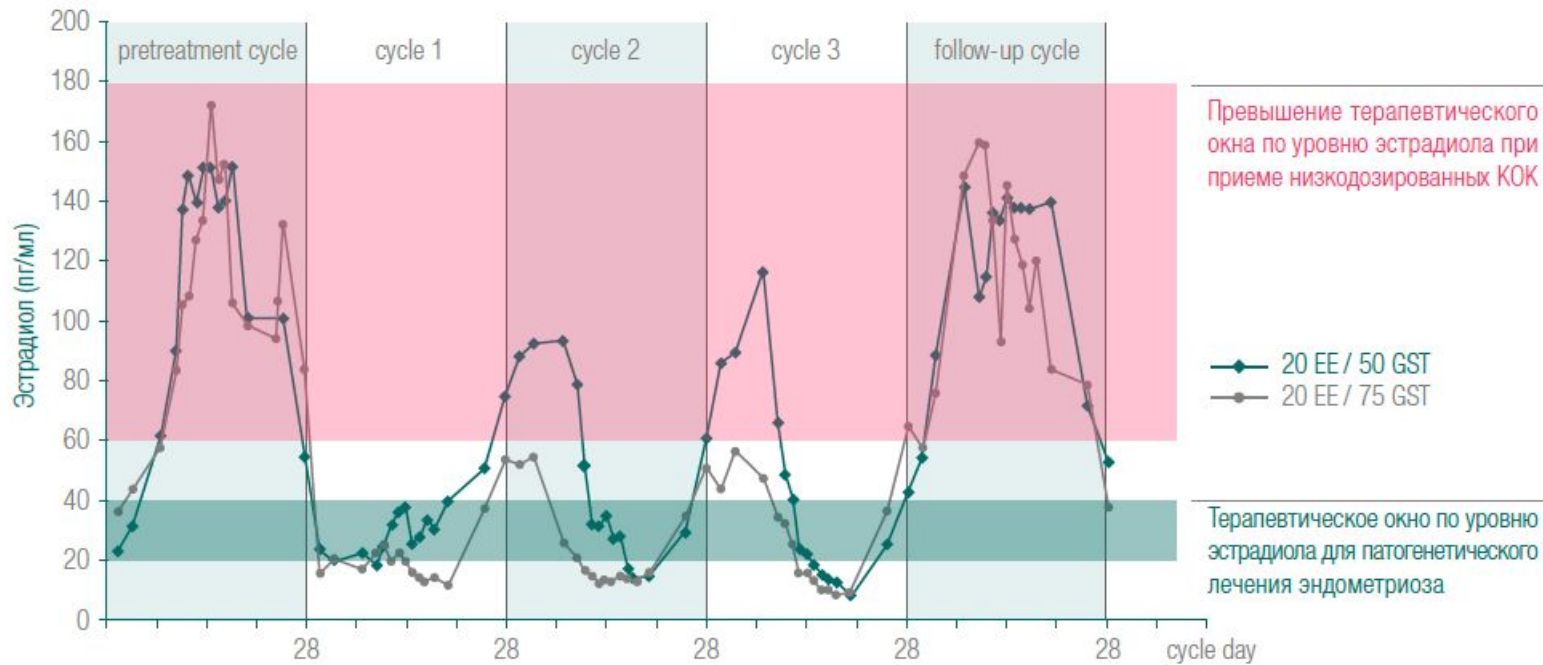


При приеме КОК превышает терапевтический уровень концентрации эстрогенов, необходимый для предотвращения прогрессирования эндометриоза*



Оценка уровня эстрадиола в течении 3-х циклов, сравнение терапии между 20 EE/50 GST и 20 EE/75 GST

*Frank Ludicke et al; Dose finding in a low-dose 21-day combined oral contraceptive containing gestodene; Contraception 64 (2001) 243-248



Оценка уровня эстрадиола в течении 3-х циклов, сравнение терапии между 20 EE/50 GST и 20 EE/75 GST

Вывод: В течение 7-дневного перерыва приема КОК отмечено отсутствие полного подавления овариальной активности, созревания фолликулов и возрастание уровня эстрадиола в крови*

КОК для лечения болевого синдрома при эндометриозе

Контрацептивы применяются в лечении эндометриоза у женщин, нуждающихся в предохранении от беременности и считаются в этой группе пациенток терапией первой линии

- Practice bulletin № 114: management of endometriosis // *Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 116. № 1. P. 223–236.
- *Vercellini P., Eskenazi B., Consonni D. et al. Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis // Hum. Reprod. Update.* 2011. Vol. 17. № 2. P. 159–170.

Агонисты ГнРГ для лечения болевого синдрома при эндометриозе

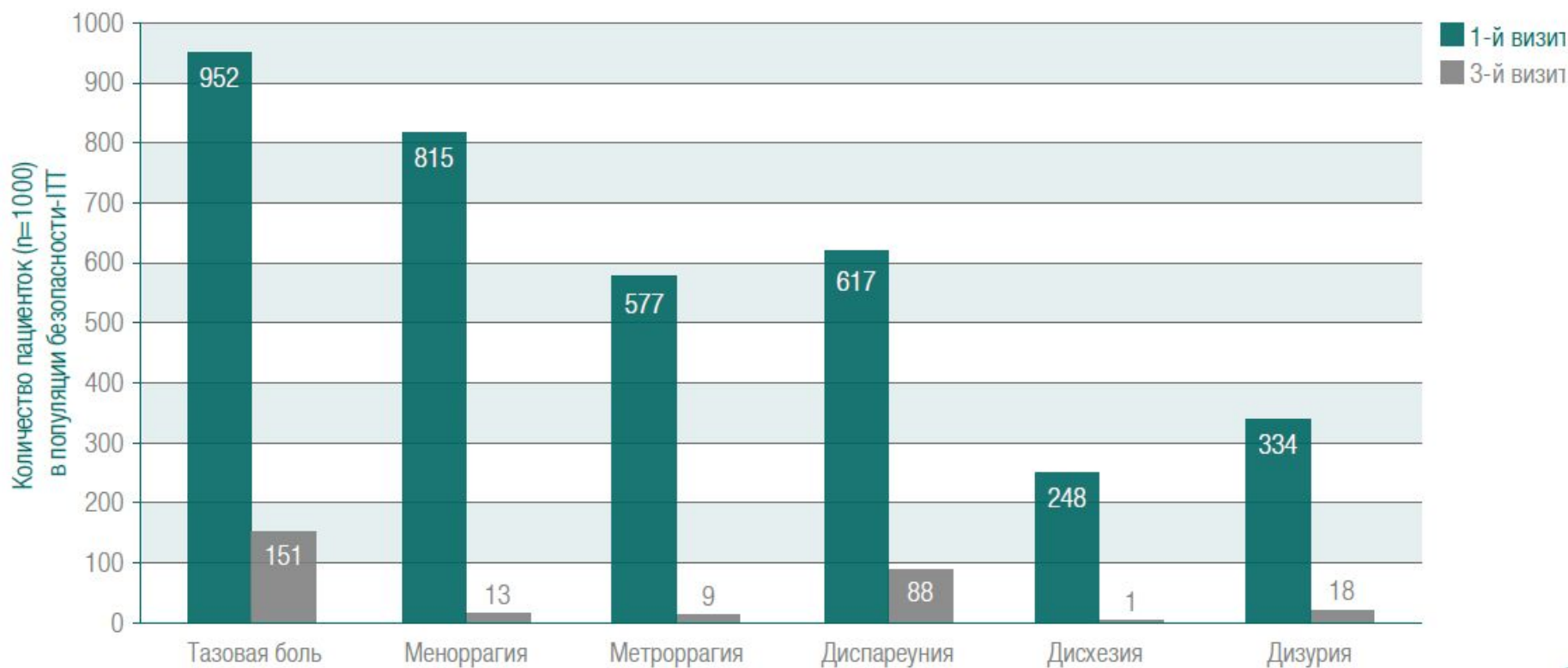
- Агонисты ГнРГ считаются одним из наиболее эффективных методов лечения эндометриоза у женщин с хронической тазовой болью умеренно тяжелой или в практике послеоперационного ведения больных с тяжелой тазовой болью, особенно ассоциированной с глубоким эндометриозом.

Zhao L., Wu H., Zhou X. et al. Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2012. Vol. 162. № 2. P. 211–215

Диферелин® уменьшает основные симптомы эндометриоза^{адапт*}

Диферелин® 3,75 мг 1 раз/28 дней

Динамика изменения симптомов эндометриоза у пациенток, получающих лечение Диферелином 3,75 мг на 1 и 3 визитах



Диферелин® обладает оптимальным профилем безопасности*

Российское исследование Диферелина под руководством Адамян Л.В.
Нежелательные явления на фоне терапии Диферелином 3,75 мг 1 раз в 28 дней
(популяция безопасности – ПТ), n=1000 пациенток



У 89% пациенток не наблюдалось приливов

Диферелин® 3,75мг и 11,25 мг фармакологически эквивалентны*

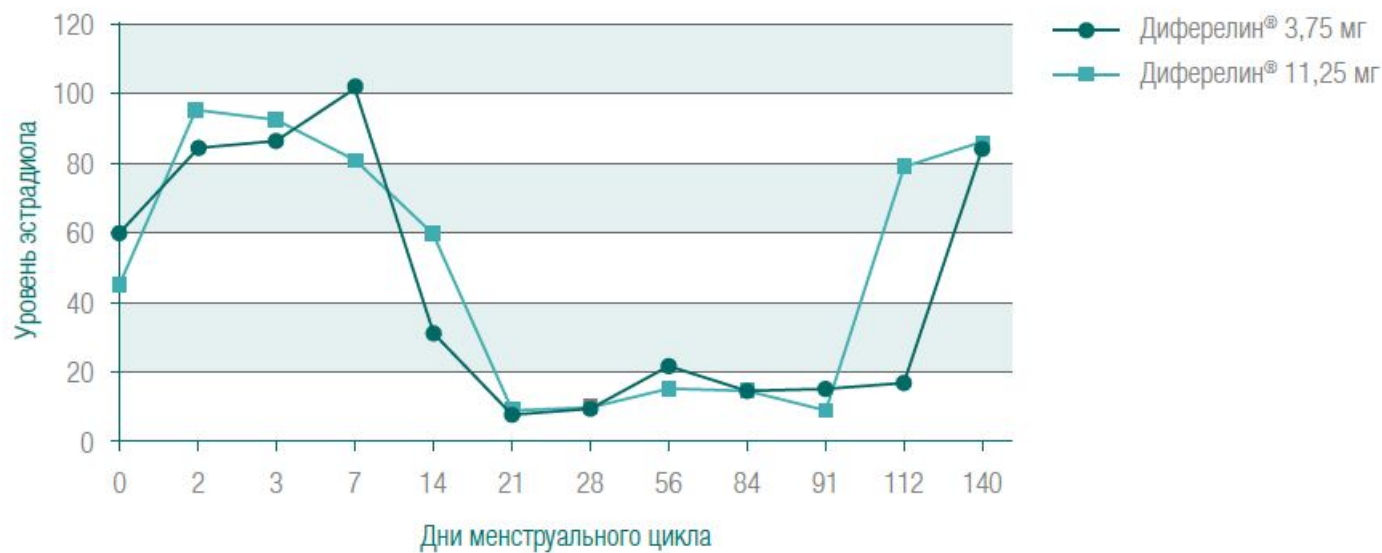
 **Диферелин® 3.75мг**
трипторелин

1 инъекция каждые 28 дней
в течение 3 месяцев

=

 **Диферелин® 11.25мг**
трипторелин

1 инъекция в 3 месяца

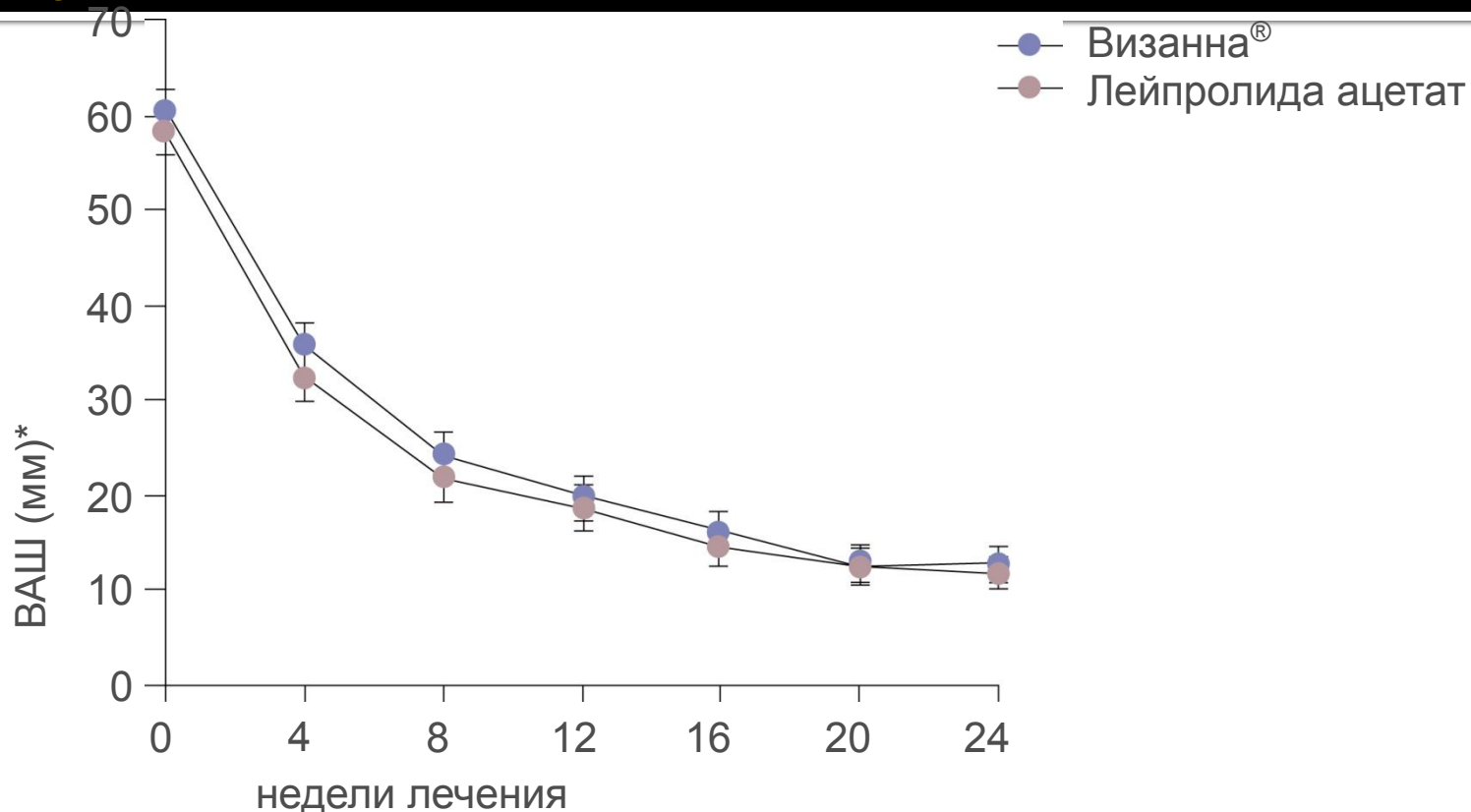


*Donnez J. et al. Equivalence of the 3-month and 28-day formulations of triptorelin with regard to achievement and maintenance of medical castration in women with endometriosis. Fertil Steril 2004;81(2):297-304

Гестагены для лечения болевого синдрома при эндометриозе

Наилучшим профилем эффективности/переносимости обладает диеногест, который рассматривают в качестве средства первой линии в долговременной терапии женщин с легкой и умеренно тяжелой тазовой болью

Эффективность: уменьшение боли на фоне препарата Визанна сравнимо с лейпролида ацетатом



Не меньшая эффективность по сравнению с лейпролида ацетатом ($P < 0,0001$)

* среднее \pm СОС

ВАШ, Визуальная аналоговая шкала.

Strowitzki T., Marr J., Gerlinger C. et al. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: a 24-week, randomized, multicentre, openlabel trial // Hum. Reprod. 2010. Vol. 25. № 3. P. 633–641

Гормональная терапия тазовой боли при эндометриозе

Визанна была специально разработана для комплексного лечения эндометриоза и изучена в специальной программе исследований

Эффективность препарата Визанна :

- **Эффективное уменьшение боли**, связанной с эндометриозом, включая дисменорею, предменструальную боль, диспареунию и хроническую тазовую боль
 - Статистически значимо **превосходит плацебо**
 - **Эквивалентна** современному стандарту терапии (агонистам ГнРГ)
 - **Стабильное облегчение боли при длительном применении**
- **Эффективное уменьшение** объема эндометриоидных поражений
- **Благоприятный профиль безопасности** и переносимости
- Визанна является препаратом для специфической терапии эндометриоза, который позволяет **облегчить изнуряющие болевые симптомы** и который пригоден **для длительного применения**

Strowitzki T et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010.



Pre and post-operative medical therapy for endometriosis surgery (Review)

Furness S, Yap C, Farquhar C, Cheong YC



Ограничение нагрузки при тазовой боли

- Ограничение статической нагрузки эффективно при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, при варикозном расширении вен малого таза, травматическом повреждении широких связок матки (синдром Аллена-Мастерса), несостоятельности мышц тазового дна.



Физиотерапия тазовой боли

- Курсовая физиотерапия (диадинамические, флюктуирующие, синусоидально-модулированные токи) наиболее результативна у пациенток с симптомом хронической тазовой боли воспалительного генеза, при сопутствующем спаечном процессе и нарушении гемодинамики в сосудах малого таза.



Нестероидные противовоспалительные препараты.

- ингибиторы синтеза простагландинов способны ослабить алгические проявления не только гинекологических заболеваниях, но и при экстрагенитальной патологии, включая воспалительные и дистрофические поражения суставов, соединительной ткани, мышечной системы.



Патогенетическое лечение хронической тазовой боли

Цель лечения: предотвращение (уменьшение интенсивности) поступления патологической импульсации в ЦНС.

Методы лечебного воздействия:

- Блокада, алкоголизация нервных проводников;
- Элементы нейрохирургических вмешательств (парацервикальная денервация матки, пресакральная невротомия при наружном эндометриозе);
- Иглорефлексотерапия.



Патогенетическое лечение хронической тазовой боли

Цель лечения: восстановление баланса активирующих и тормозных процессов в ЦНС, воздействие на систему антиноцицепции. Предотвращение развития невротических реакций, вегетокоррекция.

Методы лечебного воздействия:

- Психотерапия, суггестивная (гипно)терапия.
- Седативная терапия.
- Применение препаратов с вегетокорригирующим эффектом (грандаксин).
- Иглорефлексотерапия.





Показания к применению:*

ДНЕВНОЙ
АНКСИОЛИТИК.
ВЕГЕТОКОРРЕКТОР



- - Неврозы и неврозоподобные состояния (состояния, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, умеренно выраженной тревогой, апатией, пониженной активностью, навязчивыми переживаниями)
- - Реактивная депрессия с умеренно выраженными психопатологическими симптомами
- - Расстройство психической адаптации (посттравматическое стрессовое расстройство)
- - Климактерический синдром (как самостоятельное средство, а также в комбинации с гормональными препаратами)
- - Предменструальный синдром
- - Кардиалгии (в виде монотерапии или в комбинации с другими препаратами)
- - Алкогольный абстинентный синдром
- - Миастения, миопатии, неврогенные мышечные атрофии и другие патологические состояния со вторичными невротическими симптомами, когда противопоказаны анксиолитики с выраженным миорелаксирующим действием

* Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Грандаксин®

Симптоматическое лечение хронической тазовой боли

Цель лечения: обезболивание.

Методы лечебного воздействия: прием обезболивающих препаратов различных групп



Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

- обладают выраженным противовоспалительным и анальгезирующим действием. НПВП блокируют фермент воспаления - циклооксигеназу (ЦОГ). В организме человека этот фермент находится в двух вариантах: ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

НПВП делятся на две группы:

- Неселективные – блокируют оба типа ферментов ЦОГ-1 и ЦОГ-2 (диклофенак, ибупрофен, индометацин).
- Селективные – это новое поколение НПВП, которые блокируют, преимущественно, фермент ЦОГ-2 (целекоксид, мелоксикам, нимесулид).



Нестероидные противовоспалительные препараты

С обезболивающей, противовоспалительной и противоотечной целью:

- Диклофенак натрия 3,0 мл в/м ч/д № 5-10
- Диклофенак калия (раптен рапид) 50 мг (1 таб.) после еды от 1 до 3 раз в сутки
- Напроксен 250 мг 2-3 раза в сутки
- Пироксикам 10 мг 3 раза в сутки
- Индометацин 25 мг 4 раза в сутки, свечи 100мг 1 раз в сутки
- Ибупрофен 1 таб. 3 раза в сутки



Менальгин

Показания к применению



Первичная (функциональная) дисменорея
(болезненные менструации без органических изменений органов малого таза).

Состав:

Ромашка лекарственная

Дикий арбуз

Лапчатка гусиная

Конский каштан

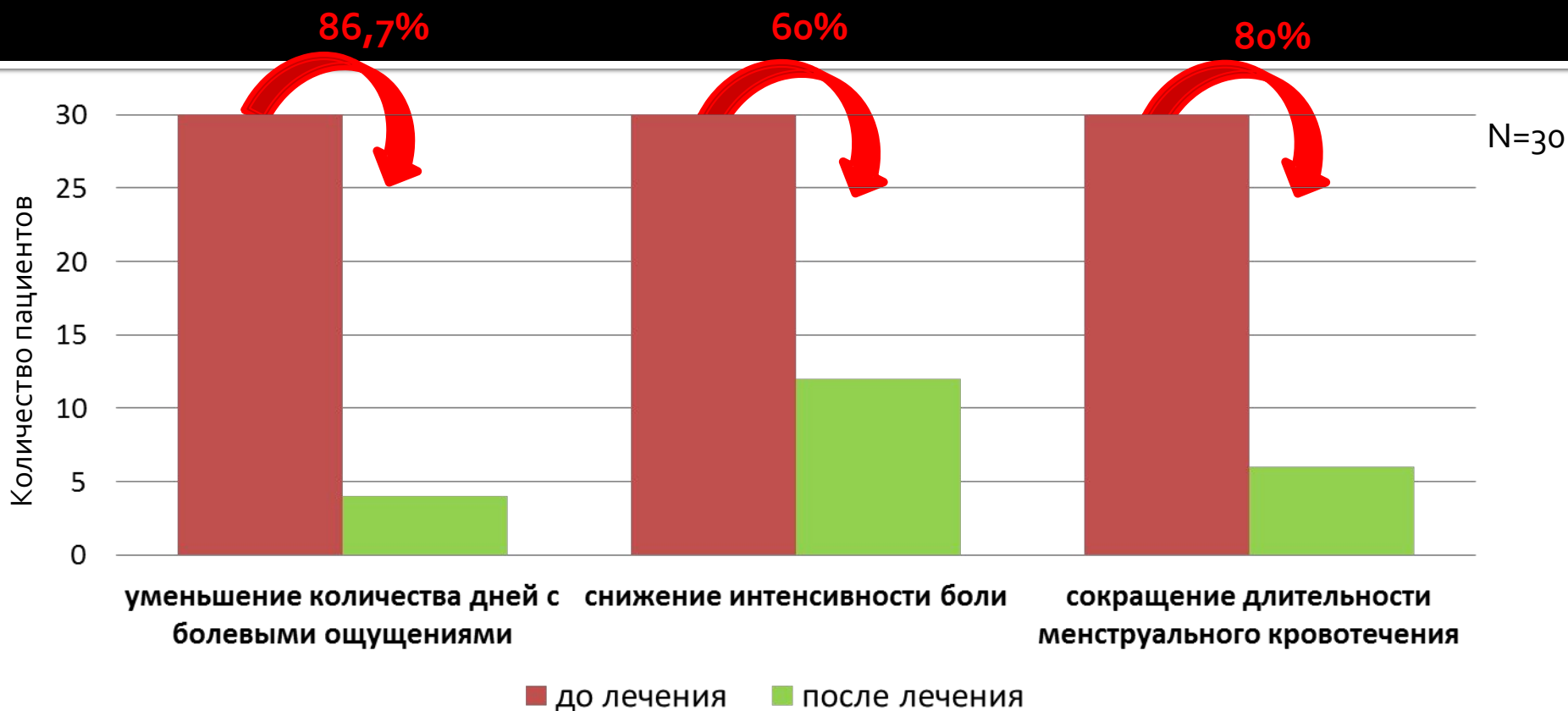
Магния гидрофосфат





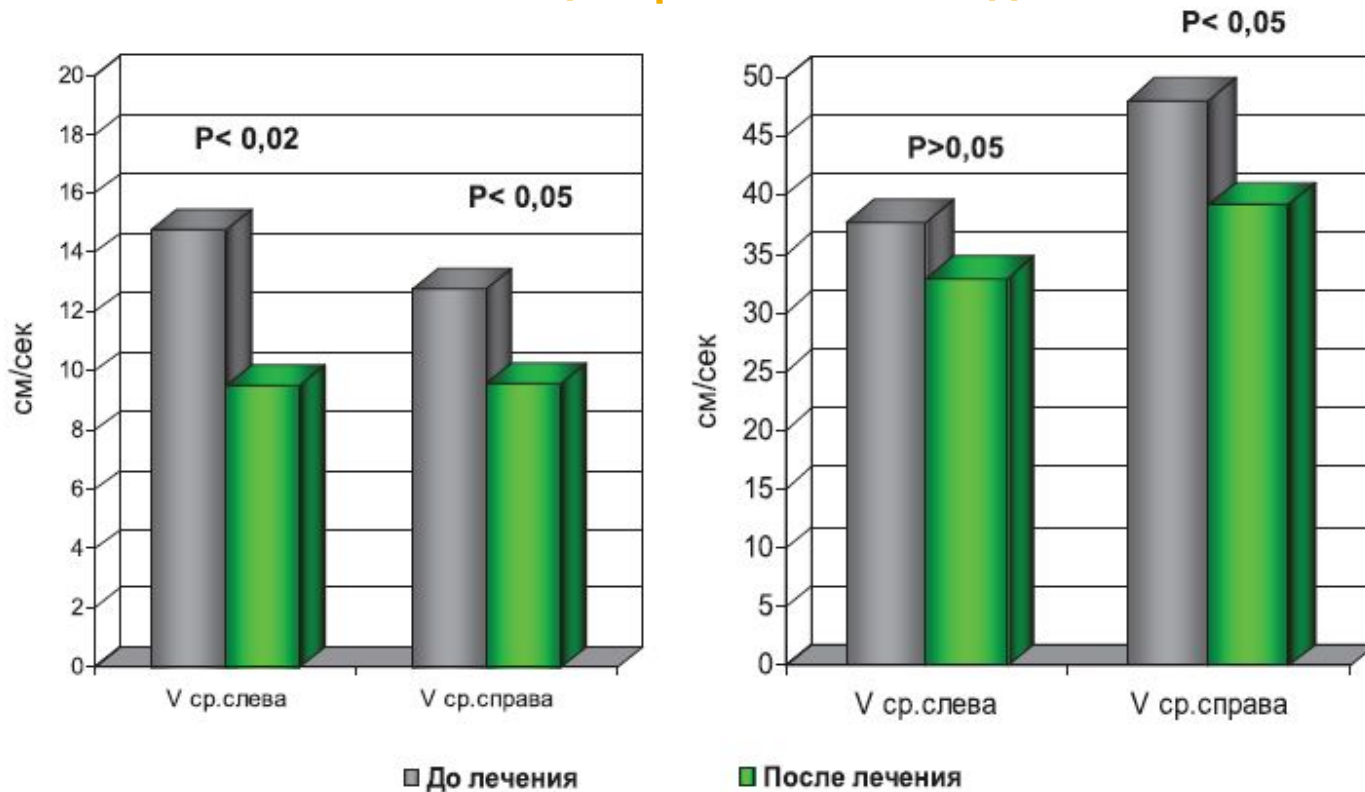
Активные компоненты и их действие	Болеутоляющее	Спазмолитическое	Успокаивающее	Уменьшение интенсивности менструации	Вяжущее	Противоотечное
Chamomilla recutita D2	✓	✓	✓		✓	
Colocynthis D3		✓				
Aesculus hippocastanum D2						✓
Potentilla anserina ø	✓			✓	✓	
Magnesium phosphoricum D2	✓	✓				

Оценка клинической эффективности препарата и его влияние на состояние центральной гемодинамики



- **80% женщин отметили сокращение длительности менструации**
- **Более 85% женщин отметили уменьшение дней с болевыми ощущениями**
- **60% женщин отметили снижение интенсивности болей**

Оценка клинической эффективности препарата Менальгин и его влияние на состояние центральной гемодинамики

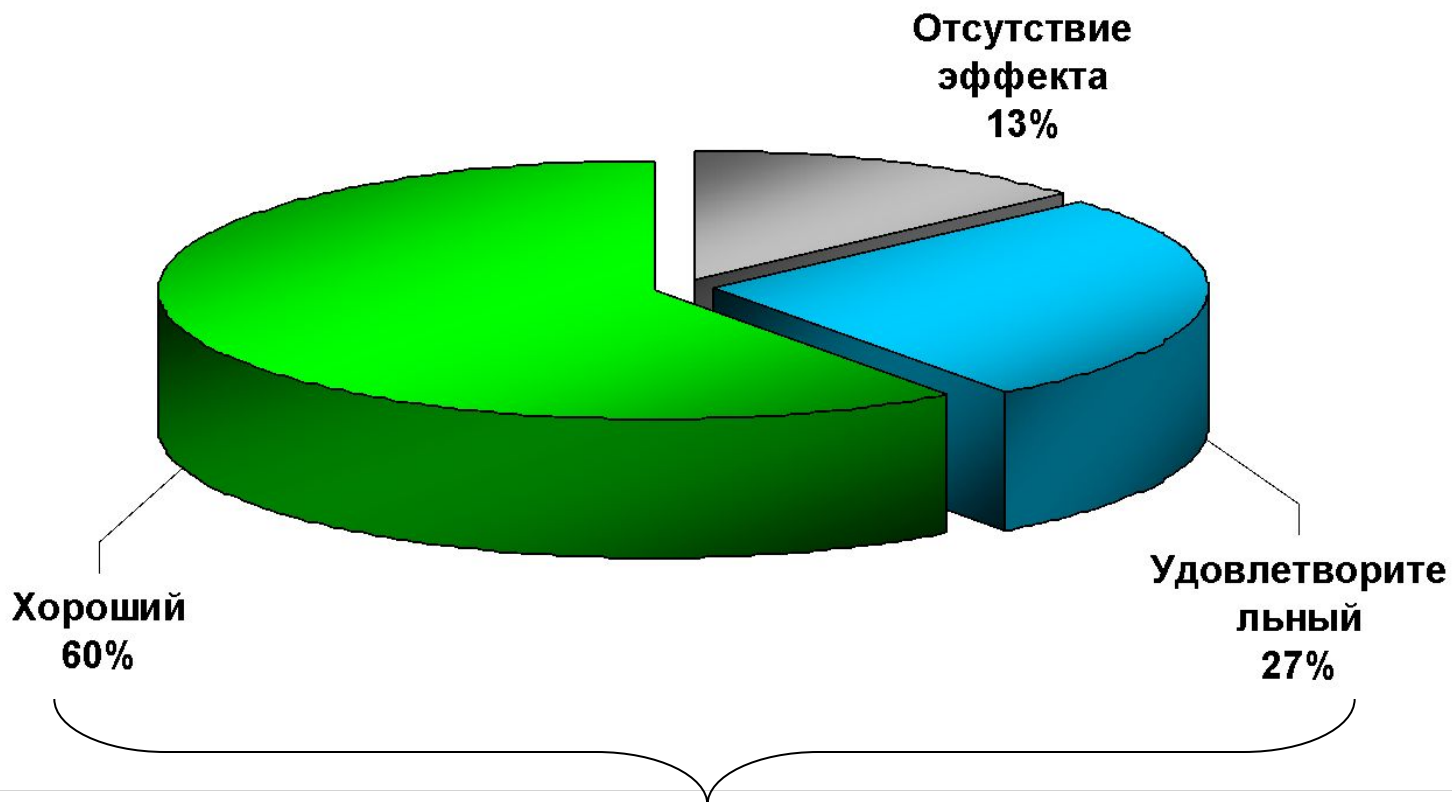


Менальгин оптимизирует кровоток в маточных артериях

Менальгин нормализует кровоток в срединной мозговой артерии

Уменьшение интенсивности кровотока в срединной мозговой артерии отражает влияние Менальгина на центральные механизмы формирования чувства боли

Оценка клинической эффективности препарата Менальгин и его влияние на состояние центральной гемодинамики



Положительный эффект от лечения
подтвержден у **87%** пациенток

МЕНАЛЬГИН

Форма выпуска:

80 таблеток для рассасывания



Показания:

первичная дисменорея (болезненные менструации без органических изменений органов малого таза)



Дозировка и способ применения:

сублингвально

за 30 мин до еды или через 30 мин после еды

при острых болях по 1 табл. через каждый час до улучшения (не более 12 табл. в сутки).



при последующем лечении по 1 - 2 табл. 3 раза в сутки до полного исчезновения жалоб



Можно начать принимать при появлении первых болезненных ощущений перед началом менструации

Для стабильного эффекта рекомендуется прием в течении **3 циклов**



Протеолитические ферменты

- Кристаллический трипсин
по 10 мг 1 раз в день в/м 5 дней
- Террилитин вагинально или ректально 600 – 1000 ЕД 2-3 раза в день 5-10 дн.
- Лонгидаза в/м 1 раз в 3-5 дней в дозе 3000 МЕ, курс от 5 до 15 инъекций, свечи для рект. и вагин. введ.
- Вобэнзим 5 таб. 3 раза в сутки за 40 минут до еды 14 – 28 дней



Метаболическая терапия

Цель: усиление тканевого обмена и устранение последствий гипоксии

- Актовегин 1 – 2 др. 3 раза в день
- Солкосерил 2,0 в/м 10 – 14 дней
- Витамин Е
- Аскорбиновая кислота
- Метионин
- Глутаминовая кислота по 0,1г 3 раза в день
- Унитиол 5 % по 5,0 мл в/м 10 - 14 дней



Назначение венотоников

Цель: 1. Нормализовать венозный тонус.
2. Улучшить венозную гемодинамику в малом тазу, крово- и лимфоотток.
3. Улучшить течение трофических процессов в тканях малого таза.



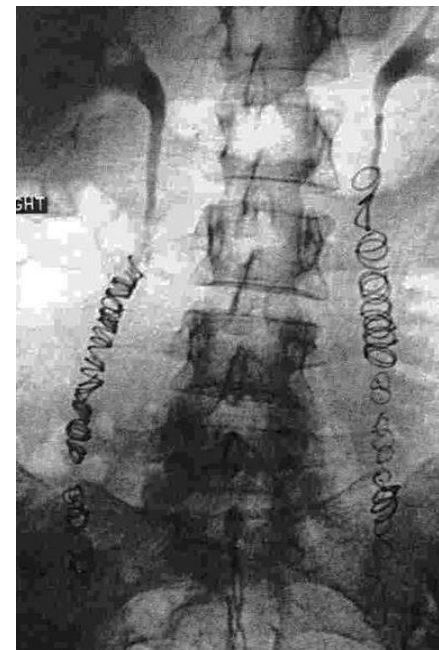
- Флебодия по 1 таблетке Х1-2 раза в день в течение 3 – 6 месяцев, в зависимости от выраженности симптомов заболевания
- венотоническое,
- лимфотоническое,
- ангиопротективное действие,
- снижает проницаемость капилляров,
- улучшает микроциркуляцию и лимфодренаж.



Профессор, д.м.н. Л.И.Мальцева

Хирургическое лечение ВРВТ

- при наличии стойкого болевого синдрома (эмболизация яичниковых вен под ангиографическим контролем, реже – клиппирование или открытая резекция гонадных вен).



При заболеваниях позвоночника

- **Стероидные препараты** – обладают сильным противовоспалительным действием. Стероиды вводят в эпидуральное пространство (область между спинным мозгом и спинномозговым каналом) для снятия выраженного болевого синдрома, чаще в пояснично-крестцовой области. Курс лечения стероидами составляет 1-3 инъекции. По показаниям - внутримышечные инъекции стероидных препаратов (преднизолон, дипроспан).



Психотропные препараты

- **Психотропные препараты** – используются в комплексной терапии для снятия болевого синдрома, так как усиливают действие анальгетиков и вызывают расслабление мышечной мускулатуры.

Виды препаратов:

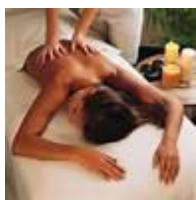
- **антидепрессанты** трициклические (амитриптилин, прозак (флуоксетин), дотиепин);
- **ингибиторы обратного захвата серотонина** - малые нейрорептики (сонапакс, мелярия)
- **транквилизаторы** (феназепам, диазепам, клоназепам, альпрозалам);
- **противосудорожные** (габапентин, карбамазепин).



При миофасциальном синдроме

- **Миорелаксанты** – обладают седативным и обезболивающим действием, снижают мышечные спазмы и угнетают спинальные рефлексy, применяют миорелаксанты центрального действия (tizанидин, толперизон, баклофен).

Прием мышечных релаксантов способствует повышению эффективности консервативной терапии (массажа, лечебной гимнастики, мануальной терапии).



- **Витамины** - улучшают обмен веществ, благоприятно воздействуют на нервную систему, оказывают антиоксидантное действие, укрепляют иммунитет.
- - Витамины группы В – снижают болевые ощущения, восстанавливают чувствительность тканей (В1 – тиамин, В6 – пиридоксин, В12 – цианокобаламин); применяют в виде таблеток или инъекционно. Наиболее популярным считается комплексный препарат, содержащий в своем составе все витамины группы В – Мильгамма (комбилипен).
- - Витамин Д и кальций – способствуют укреплению связочного аппарата и восстановлению плотности костной ткани. Применяют комплексные препараты витамина Д и кальция, например, Кальций Д3 – Никомед, альфакальцидол.
- - Витамины А и Е – способствуют ускорению восстановительного процесса и являются сильными антиоксидантами (предотвращают дальнейшее повреждение тканей межпозвонкового диска).
Комплексный препарат: «Аевит»



- **Ненаркотические анальгетики –** применяют для снятия болевого синдрома (баралгин, пенталгин, темпалгин) внутрь в таблетированной форме, инъекционно (внутримышечно или внутривенно) или ректально в виде свечей.



- **Наркотические анальгетики** – назначают для снятия выраженного болевого синдрома, когда не помогают другие обезболивающие препараты (трамадол). Препараты отпускаются только по специальным рецептам.



Выводы

- Хроническая тазовая боль охватывает большое количество клинических проявлений и состояний
- Этиология и патогенез часто неясны.
- Для успешного лечения требуется подробная история, тщательное физическое обследование, дополненное адекватным лабораторным тестированием и внимательным отношением к лечению, начиная с менее опасных методов и заканчивая более инвазивными процедурами согласно установленным алгоритмам
- об операции речь может идти, только если все остальные варианты не дали результата.



Заключение

- «.....лечение пациенток с хронической тазовой болью - не только сложная, но и, как правило, неблагодарная задача. Обычно длительность болевого анамнеза пропорциональна количеству испробованных способов и методов лечения, а также предубеждению пациентки по отношению к медицине вообще и конкретным врачам в частности. В связи с этим к составлению плана обследования и лечения больной необходимо привлечь специалистов разного профиля: терапевта, уролога, невропатолога, физиотерапевта и, возможно, психоневролога. Коллегиальность уменьшает вероятность конфронтации между пациенткой и врачом, а следовательно, повышает шансы на успех лечения».

Подзолкова Н.М.



Спасибо за внимание !



Рекомендуемая литература

- *Адамян Л.В., Сонова М.М., Тихонова Е.С. и др. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. 2011. № 6. С. 78–81.*
- *Кукушкин М. Л., Хитров Н. К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004.*
- *Вознесенская Т. В. Миофасциальный болевой синдром // Consilium medicum.*
- *Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. Москва: «Боргес», 2007. – 198 с.*
- *Безнощенко Г.Б. Неоперативная гинекология. — М.: Медицинская книга, 2001.*
- *Савицкий П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. — СПб.: Элби, 2000.*
- *Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. — Минск: Высшая школа, 1994.*
- *Куршев В.А. Клинические аспекты диагностики хронической боли // Неврология и психиатрия — 1993.— №3.*
- *Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология: Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. — М.: ГЭОТАР медицина, 1999.*
- *Корхов В.В. Медицинские аспекты применения контрацептивных препаратов. — СПб.: Специальная литература, 1996.*
- *Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. и др. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. — М.: МИА, 2013.*
- *Gambone J.C., Mittmann B.S., Munro M.G. et al. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceeding of an expert-panel consensus process // Fertil. Steril. — 2002. — №78(5).*

Рекомендуемая литература

- Афонин А.В., Драпкина О.М., Колбин А.С., Пчелинцев М.В., Ивашкин В.Т. Клинико-экономический анализ спазмолитиков для купирования абдоминальной боли, вызванной спазмом кишки. //Русский медицинский журнал – т. 18, № 13, 2010г. – с. 845–9.
- Баранская Е. К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли // Фарматека. – 2005. – № 14.
- Ивашкин В. Т., Шульпекова Ю. О. Нервные механизмы болевой чувствительности // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – № 4. – С. 16–21.
- Интернет-сайт http://www.aids.about.com/od/otherconditions/a/rectal_pain_2.htm – 20 июня 2011г.
- Интернет-сайт <http://www.bettermedicine.com/article/pelvic-pain> – 20 июня 2011г.
- Интернет-сайт <http://www.cjge-anuscriptcentral.com/Web/ViewAbstract.aspx?GaoHao=wcbx10000241> – 12 июля 2011 г.
- Интернет-сайт <http://www.clinicaltrials.gov> – 1 июля 2011г.
- Интернет-сайт http://www.medikforum.ru/news/medicine_news/5148-tazovaya-bol-oznachaet-migren.html – 20 июня 2011г.
- Интернет-сайт <http://painconsortium.nih.gov/MAPPResearch.html> – 2 июля 2011г.
- Интернет-сайт <http://www.romecriteria.org> – 1 июля 2011г.
- Интернет-сайт <http://www.sirweb.org/patients/chronic-pelvic-pain> – 20 июня 2011г.
- *Stowitzki T., Marr J., Gerlinger C. et al. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: a 24-week, randomized, multicentre, openlabel trial // Hum. Reprod. 2010. Vol. 25. № 3. P. 633–641*