

М.В. Геврасёва

ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Научные руководители: ст. преп. Н.С. Анисова,

канд. мед. наук, доц. Н.Я. Бовтюк

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

M.V. Heurasiova

ETIOLOGY OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Tutors: senior lecturer N.S. Anisova,

PhD in Medicine, associate professor N.Y. Bovtyuk

*Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. В статье представлен ретроспективный анализ этиологических факторов синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) у 16 пациентов. Установлено преобладание гинекологической патологии, высокая частота отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и перенесенных оперативных вмешательств. Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью СХТБ и необходимостью уточнения ведущих этиологических факторов.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, этиология, спаечный процесс, эндометриоз, варикозная болезнь вен таза.

Resume. The article presents a retrospective analysis of etiological factors of chronic pelvic pain syndrome (CPPS) in 16 patients. Predominance of gynecological pathology, high frequency of compromised obstetric and gynecological history, and previous surgical interventions were established. The relevance of the study is determined by the high prevalence of CPPS and the need to clarify the leading etiological factors.

Keywords: chronic pelvic pain, etiology, adhesive process, endometriosis, pelvic varicose veins.

Актуальность. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) относят к наиболее сложным междисциплинарным проблемам современной медицины. Распространенность СХТБ среди взрослого населения достигает 8–15 %, что сопоставимо с частотой бронхиальной астмы или мигрени [3, 4]. Согласно критериям Международной ассоциации по изучению боли (IASP), хроническая тазовая боль — это повторяющийся или постоянный болевой синдром продолжительностью не менее шести месяцев, локализующийся в нижних отделах живота, крестце, промежности, проекции наружных половых органов, влагалища, прямой кишки, с возможным распространением по переднебрюшной поверхности бедра [1, 2]. Кроме длительности, IASP выделяет еще пять обязательных признаков ХТБ: рефрактерность к консервативному лечению, отсутствие корреляции между выраженностью боли и степенью повреждения тканей, признаки депрессии, прогредиентное ограничение физической активности и поведенческие расстройства [2]. Мультидисциплинарный характер патологии, находящейся на стыке гинекологии, урологии, неврологии и гастроэнтерологии, обуславливает серьезные диагностические трудности. Заболевание имеет многофакторный генез, включая гинекологические, урологические, гастроэнтерологические, мышечно-фасциальные и психоэмоциональные механизмы, при этом у значительной части пациенток

точная причина боли не устанавливается даже после углубленного обследования [1]. Частота коморбидных состояний, таких как синдром раздраженного кишечника и тревожно-депрессивные расстройства, указывает на системные механизмы патогенеза с вовлечением центральной сенситизации [1, 3]. Отсутствие универсального диагностического алгоритма и единой эффективной стратегии лечения определяет необходимость дальнейшего изучения этиологических факторов для разработки персонализированных алгоритмов ведения пациентов.

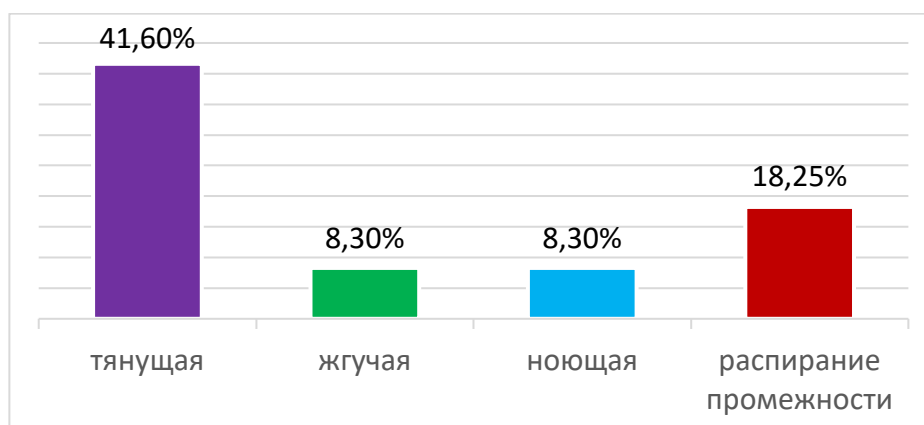
Цель: выявить основные причины возникновения синдрома хронической тазовой боли.

Задачи:

1. Провести ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов с диагнозом «Боли в области таза и промежности» или «Хроническая тазовая боль» (шифр R 10.2 по МКБ 10);
2. Определить основные причины возникновения синдрома хронической тазовой боли;
3. Сравнить полученные данные с данными литературы.

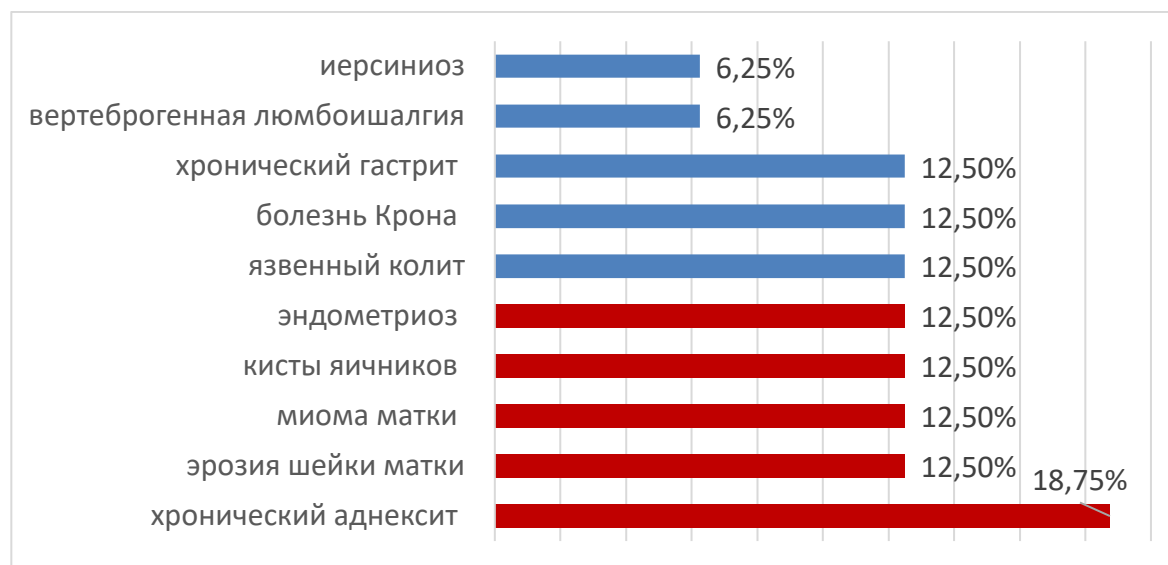
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 16 медицинских карт стационарных пациентов (14 женщин, 2 мужчин) в возрасте от 20 до 70 лет, находившихся на лечении в УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е.В. Клумова» г. Минска с 2014 по 2023 год. Критерии включения: наличие диагноза «Боли в области таза и промежности» или «Хроническая тазовая боль» (шифр R10.2 по МКБ-10). Изучались жалобы, перенесенные заболевания, операции, сопутствующая патология, результаты обследований. Данные систематизированы в таблицах Microsoft Excel, проанализированы с использованием методов описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Среди включенных в исследование пациентов женщины составили 87,5 %, мужчины – 12,5 %. Средний возраст – 47,25 лет [30; 55]. Главной жалобой была тянущая боль (41,6 %); жгучая и ноющая боль встречались в 8,3 % случаев соответственно. Боль чаще всего локализовалась внизу живота с иррадиацией в крестец, паховую область, промежность или прямую кишку; чувство распирания в промежности отмечали 18,25 % пациентов. Подобный спектр жалоб соответствует данным литературы, где тянущий (68,2 %) и ноющий (59,1 %) характер боли являются наиболее типичными [6].



Диагр. 1 – Характер боли

Среди наиболее часто перенесенных заболеваний встречались гинекологические: хронический аднексит (18,75 %), эрозия шейки матки (12,5 %), миома матки (12,5 %), кисты яичников (12,5 %) и эндометриоз (12,5 %). По данным литературы гинекологические причины (эндометриоз, воспалительные заболевания, спайки, миома) лежат в основе примерно 20 % случаев СХТБ [4, 5]. Среди негинекологической патологии лидирует язвенный колит и болезнь Крона (12,5 %), хронический гастрит (12,5 %), вертеброгенная люмбоишалгия (6,25 %), что подтверждает целесообразность включения в диагностический поиск заболеваний кишечника и скелетно-мышечной системы [1, 3].



Диагр. 2 – Перенесенные заболевания

Важно, что варикозная болезнь вен малого таза (ВБВТ) по литературным данным, выявляемая у 10–25 % женщин репродуктивного возраста с СХТБ [7], в проанализированной выборке не была зафиксирована ни в одном случае. Это расхождение можно объяснить недостаточным использованием в рутинной практике специфических методов визуализации, позволяющих оценить скорость и направление ретроградного кровотока, диаметр вен и несостоятельность клапанного аппарата [7]. Следовательно, истинная частота сосудистого компонента в генезе тазовой боли могла быть недооценена.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез выявлен у 85,7 % женщин, что соответствует данными о роли беременностей и родов в развитии варикозной болезни вен малого таза и несостоятельности мышц тазового дна [7, 9].

Перенесенные операции в анамнезе у 75 % пациентов. В структуре вмешательств преобладали лапароскопические операции (31,25 %), экстирпация матки с придатками или без (18,75 %), кесарево сечение (12,5 %), аппендэктомия (12,5 %). Высокая частота оперативных вмешательств свидетельствует о вероятном вкладе послеоперационного спаечного процесса и рубцовых изменений в генез хронической боли [3, 4].

Сопутствующие заболевания диагностированы у 81,25 % пациентов. Чаще всего встречалась патология мочеполовой системы (31,25 %) – хронический пиелонефрит, нефроптоз, микролиты почек, кисты почек. (Диагр. 3).



Диагр. 3 – Сопутствующие заболевания

Эти данные соответствуют известным урологическим причинам СХТБ, такими как синдром болезненного мочевого пузыря и хронические инфекции мочевых путей [1, 4]. Вертеброгенная люмбоишалгия и остеохондроз отмечены в 25 % случаев, артериальная гипертензия – в 18,75 %. Сочетание пояснично-крестцовой боли и СХТБ объясняется общими патогенетическими механизмами, включая избыточное напряжение мускулатуры спины и тазового дна, а также миофасциальный компонент [1, 3].

У 12,5 % пациентов выявлены соматоформные болевые расстройства, что подчеркивает необходимость оценки психоэмоциональных факторов и применения систем стратификации, таких как UPOINT [8]. Геморрой (6,25 %) и хронический простатит (6,25 %) дополняют спектр возможных источников боли.

Выводы:

1. У пациентов с хронической тазовой болью преобладают жалобы на тянущую боль с иррадиацией в паховую область и крестец;
2. В 50% случаев развитие хронической тазовой боли имеет причины: воспалительные процессы, анатомические особенности, отягощенный акушерско – гинекологический анамнез; в 50% случаев синдром имеет идиопатический характер (по данным литературы – 60%).
3. У женщин с хронической тазовой болью среди всех заболеваний преобладает гинекологическая патология;
4. В 80,75% случаях у пациентов с хронической тазовой болью имеются в анамнезе оперативное вмешательства на органах таза и промежности.
5. Сопутствующей патологией при хронической тазовой боли в 31,25% являлись заболевания мочеполовой системы.

Литература

1. Щелокова, Е. А. Хроническая тазовая боль как междисциплинарная проблема: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / Е. А. Щелокова [и др.] // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2025. – № 2. – С. 14–37.
2. Извозчиков, С. Б. Синдром хронической тазовой боли – современный взгляд на проблему

/ С. Б. Извозчиков, П. Р. Камчатнов, Г. В. Селицкий, А. Д. Каприн // Клиницист. – 2011. – Т. 5, № 2. – С. 62–67.

3. Давыдов, А. И. Хроническая тазовая боль: современные представления об этиологии и патогенезе / А. И. Давыдов, В. М. Пашков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2019. – № 3. – С. 55–63.

4. Радзинский, В. Е. Эпидемиология и мультидисциплинарный подход к синдрому хронической тазовой боли / В. Е. Радзинский, М. Л. Кузнецова // Проблемы репродукции. – 2022. – № 1. – С. 45–53.

5. Подзолкова, Н. М. Эндометриоз как причина хронической тазовой боли / Н. М. Подзолкова, Ю. В. Стрижова // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 7. – С. 145–152.

6. Попов, А. А. Клиническая характеристика болевого синдрома у пациенток с СХТБ / А. А. Попов, Д. В. Чанышев // Вестник репродуктивного здоровья. – 2018. – № 2. – С. 22–28.

7. Федоров, Е. А. Варикозная болезнь вен малого таза: диагностические критерии / Е. А. Федоров, В. А. Даренков // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2019. – № 2. – С. 88–94.

8. Коган, М. И. Система UPOINT в диагностике хронической тазовой боли / М. И. Коган, А. А. Зенов // Урология. – 2021. – № 5. – С. 89–94.

9. Тихомиров, А. Л. Варикозная болезнь вен таза и беременность / А. Л. Тихомиров, С. И. Сарсания // Медицинский совет. – 2020. – № 13. – С. 120–126.