

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ В ГИНЕКОЛОГИИЛ.В. Адамян¹, К.Д. Мурватов^{1,2}, И.С. Обельчак^{2,3}, А.С. Чернецова¹, А.И. Жеребцов², А.В. Мареев²¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова
Министерства здравоохранения России», г. Москва, Россия² ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации»,
г. Балашиха, Россия³ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет»
(РОСБИОТЕХ)», г. Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Вопросы современной лучевой диагностики и лечения хронической тазовой боли в гинекологии являются мультидисциплинарной проблемой, так как могут возникать при различных заболеваниях малого таза у женщин. Нами был проведен анализ научных статей, публикаций за 2017–2022 гг., посвященных этой проблеме в отечественной и зарубежной литературе. В обзоре подробно рассмотрены основные факторы хронической тазовой боли, методы их современной диагностики и лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая тазовая боль, эндометриоз, миома матки, тазовое венозное полнокровие, воспалительные заболевания органов малого таза

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Обельчак Игорь Семенович, e-mail: obelchak2007@mail.ru.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Л.В. Адамян, К.Д. Мурватов, И.С. Обельчак, А.С. Чернецова, А.И. Жеребцов, А.В. Мареев.. Современные аспекты диагностики и лечения хронической тазовой боли в гинекологии // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2023. — Т. 3, № 4. — С. 93–98. — DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-4-93-98.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT CHRONIC PELVIC
PAIN IN GYNECOLOGYL.V. Adamyan¹, K.D. Murvatov^{1,2}, I.S. Obelchak^{2,3}, A.S. Chernetsova¹, A.I. Zherebtsov², A.V. Mareev²¹ Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov. Moscow, Russia.² Main Military Clinical Hospital of the National Guard of the Russian Federation. Balashikha, Russia.³ Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH). Moscow, Russia.

ABSTRACT

The issues of modern radial diagnosis and treatment of chronic pelvic pain in gynecology are a multidisciplinary problem, as they can occur in various diseases of the pelvis in women. The scientific articles and publications for 2017–2022, dedicated to this problem in the Russian and foreign literature were analysed. The review examines in detail the main factors of chronic pelvic pain, methods of their modern diagnosis and treatment.

KEYWORDS: chronic pelvic pain, endometriosis, uterine fibroids, venous plethora, inflammatory diseases of the pelvic organs

CORRESPONDENCE: Obelchak Igor Semenovich, e-mail: obelchak2007@mail.ru.

FOR CITATIONS: Adamyan L.V., Murvatov K.D., Obelchak I.S., Chernetsova A.S., Zherebtsov A.I., Mareev A.V. Modern Aspects of Diagnosis and Treatment Chronic Pelvic Pain in Gynecology // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. 2023. — V. 3. — N. 4. — P. 93–98. — DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-4-93-98.

FUNDING SOURCE: The authors declare on funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare that there are no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая тазовая боль (ХТБ) — одна из наиболее распространенных причин обращения к врачу-гинекологу у женщин, и составляет 20% от всех амбулаторных посещений. Согласно фармако-экономическим исследованиям американских врачей амбулаторные визиты в США по поводу хронической тазовой боли обходятся страховым компаниям в 881,5 млн. долларов в год, а всего на лучевую диагностику и лечение пациенток расходуется более 2 млрд. долларов ежегодно. Хроническая тазовая боль негативно влияет на психоэмоциональный статус пациентки, тем самым снижая качество жизни [1, 2, 3].

ХТБ представляет собой патологическое состояние с постоянными, периодическими или циклическими болями в нижних отделах живота и поясницы, продолжающимися не менее 6 месяцев. ХТБ снижает качество жизни сразу в различных сферах социальной жизни, вызывая функциональные нарушения, психосоциальные расстройства и сексуальную дисфункцию.

По мере формирования хронического болевого синдрома функциональным ответом является развитие эмоциональной реакции в виде тревоги, депрессии, которые могут сопровождаться сопутствующими вегетативными нарушениями. Таким образом, этот сложный комплекс болевых, аффективных и вегетативных нарушений, наложенный на психоэмоциональный статус пациентки, формирует комбинированный феномен хронического болевого синдрома [2, 4].

Этиология

Причинами хронической тазовой боли могут быть заболевания органов малого таза женщины в период репродуктивного возраста, такие как эндометриоз и обусловленный с ним спаечный процесс в малом тазу, болезни мочевыделительной системы (интерстициальный цистит, инфекции мочеполового тракта, дивертикулы мочевого пузыря), тазовое венозное полнокровие. Нередко патология пищеварительной системы (синдром раздраженного кишечника, дивертикулез толстого кишечника), а также неврологические, психические расстройства, миалгии, миофасциальные тазовые боли приводят к клиническим проявлениям тазовых болей [1, 2].

ХТБ в гинекологии

По данным ВОЗ ХТБ в мире в среднем наблюдают у 15% женщин репродуктивного возраста, она становится причиной каждого десятого обращения к гинекологу [3,5,6]. Среди самых частых причин боли в гинекологии — эндометриоз, венозный застой в малом тазу. Другими причинами ХТБ могут быть инфекции, приводящие к сальпингоофориту и хроническому эндометриту, пролапс внутренних половых органов. ХТБ также часто ассоциируется со спаечным процессом.

Эндометриоз

Эндометриоз представляет собой доброкачественный патологический процесс в матке и ее придатках, для которого характерно возникновение мио-

метрии эпителиальных (железистых) и стромальных элементов, имеющих эндометриальное происхождение. Различают три степени распространения эндометриоза по характеру — очаговую и узловую его формы. Чаще всего имеется сочетание аденомиоза с эндометриозом ректо-вагинального пространства, которые могут приводить к возникновению болей в малом тазу. В конечном счете эндометриоз-ассоциированная боль оказывает негативное влияние на качество жизни женщин [1, 2]. Один из основных механизмов в патогенезе развития болевого синдрома — это стимуляция продукции воспалительных медиаторов, таких как цитокины, хемокины при формировании очагов воспаления на брюшине, ретро-цервикальной локализации, в ретро-вагинальном пространстве, что в итоге клинически проявляется тазовыми болями.

Миома матки

Миома матки также является наиболее распространенной доброкачественной опухолью у 80–90% женщин репродуктивного возраста [1, 2]. Миома матки — доброкачественная опухоль из мышечной и соединительной ткани, опухолевые узлы могут располагаться межмышечно, затем, в зависимости от направления роста, развиваются интерстициальные (в толще миометрия) или субсерозные (растущие в направлении брюшной полости) и субмукозные (распространяющиеся к эндометрию и в полость матки).

У большинства женщин миома матки может развиваться бессимптомно, но примерно в 30% случаев пациенток беспокоят выраженные клинические симптомы, среди которых наблюдается аномальные маточные кровотечения, анемия, тазовая боль и давление, боль в области поясницы, учащенное мочеиспускание.

Воспалительные заболевания органов малого таза

Частота воспалительных заболеваний придатков матки остается достаточно высокой. В структуре воспалительных заболеваний первое место занимает пиосальпинкс (46,2%), tuboовариальный абсцесс (20,4%), пиовар (16%), гнойный сальпингит (8,3%), нагноившиеся ретенционные кисты яичников (3%).

Хронические формы сальпингоофарита, сопровождающиеся хронической тазовой болью, являются одной из самых распространенных патологий в гинекологии, встречаются в 40,5% случаев, нередко ведут к бесплодию (15,8%), вызывают глубокие нарушения функции сопряженных органов и систем, ухудшают качество жизни женщин [1,3].

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) возникают в результате попадания инфекций, передающихся половым путем, из нижних отделов половых путей в матку и/или маточные трубы с возможным распространением на соседние органы малого таза [1].

Синдром тазового венозного полнокровия

Основной причиной развития ХТБ являются состояния, связанные с тазовым венозным полнокровием [7, 8, 9]. Варикозное расширение вен малого таза

самостоятельно встречается в 35–40 % случаев, в других случаях имеет место сочетание данной гинекологической патологии с варикозным расширением вен нижних конечностей. Это обусловлено тем, что существуют выраженные анатомические венозные коллатерали между венами малого таза и нижних конечностей. Наличие клапанной недостаточности внутритазовых вен в сочетании с варикозным расширением вен приводит к развитию венозного рефлюкса, что ведет к варикозному расширению вен тазового сплетения. В связи с диагностической сложностью визуализации варикозно расширенных вен малого таза объективная диагностика варикозного расширения вен таза затруднена [9, 10].

Частота встречаемости ХТБ по данным разных авторов колеблется от 6 до 15%, а среди женщин, которые обращаются к гинекологам по поводу хронических тазовых болей, достигает 30% [1, 2].

У женщин клинические проявления варикозного расширения вен тазового сплетения нередко маскируется проявлениями сопутствующих гинекологических заболеваний.

Клинически варикозное расширение вен таза проявляется периодической болью в тазовой области «тянущего» характера (в перианальной, ягодичной, копчиковой), усиливающейся ближе к началу менструации, болью во время коитуса или принятия ортостатического положения [5, 6].

«Золотым стандартом» неинвазивной лучевой диагностики варикозно расширенных вен тазового сплетения считается трансабдоминальное и трансагинальное ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) [6, 7]. Помимо того, что УЗАС является скрининговым и общедоступным, не инвазивным методом лучевой диагностики, УЗАС позволяет оценить скорость и характер ретроградного кровотока, степень расширения вен, их направление и ход.

Отличие ультразвукового исследования (УЗИ) от магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) состоит в возможности изменять положение пациентки при УЗИ, проводить исследование на фоне пробы Вальсальвы, что улучшает качество выявления венозной патологии таза (рис. 1).

Во время исследования вен малого таза и забрюшинного пространства необходимо проводить оценку состояния кровотока в нижней полой вене, в подвздош-

ных венах, а так же вен органов малого таза — маточно-го сплетения, параметрального сплетения, яичниковых вен, вен промежности и вульвы. При сопутствующем варикозном расширении вен нижних конечностей необходимо оценить характер кровотока вен внутренней поверхности бедра, области сафено-фemorального соустья и определить их взаимосвязь с системой большой подкожной вены.

При проведении УЗИ рефлюкс (ретроградный кровоток) выявляется при проведении пробы Вальсальвы или компрессионной пробы (при помощи передне-заднего сжимания проксимальных мышц бедра и ягодиц) с применением режимов цветного доплеровского картирования и импульсно-волнового режима. При варикозном расширении тазовых вен определяется увеличение диаметра вен более 5 мм, а также при наличии ретроградного кровотока во время постановки пробы Вальсальвы длительностью от 0,5 секунд и более [7, 8, 10].

Наиболее часто рефлюкс регистрируется в системе левой внутренней яичниковой вены, что обусловлено анатомическим впадением последней в левую почечную вену; реже наблюдается недостаточность тазовых вен [9].

Для диагностики синдрома ХТБ в последнее время применяют такие методы, как МРТ или мультисрезовую компьютерную флебографию, реже — сцинтиграфию тазовых вен. Для достоверной визуализации венозного русла широко используется селективная овариография и тазовая флебография с инвазивной прямой флебомагнетрией [5, 9]. Кроме того, селективная флебография позволяет определить анатомическое строение левой почечной вены, левой яичниковой вены. При синдроме «щелкунчика» (аорто-мезентериальный «пинцет») можно диагностировать компрессию левой почечной вены в аорто-мезентериальном промежутке, что приводит к затруднению венозного оттока из вен тазового сплетения и варикозному расширению тазовых вен.

МРТ, обладая высокой точностью диагностики при поражений мягких тканей малого таза, матки и ее придатков, не всегда позволяет оценить состояние тазового венозного кровообращения. При МРТ исследовании вен малого таза достоверно получить скоростные характеристики, направление кровотока не всегда доступно. Кроме того, недостатками фазово-контрастной МРТ является ее высокая стоимость, продолжитель-

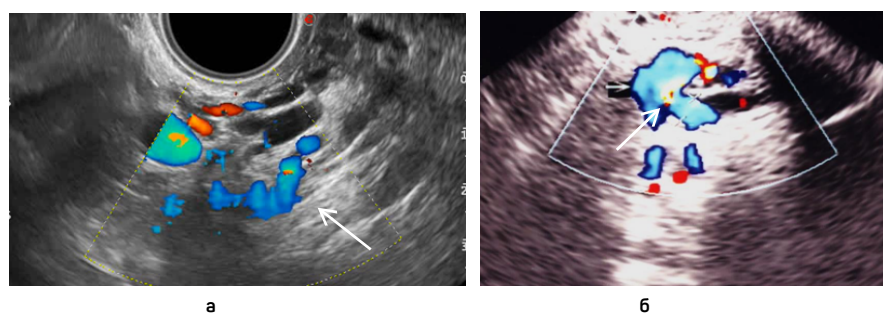


Рис. 1. УЗИ (цветное дуплексное картирование) при синдроме тазовых болей а,б — визуализируются расширенные извитые вены тазового сплетения (белые стрелки)

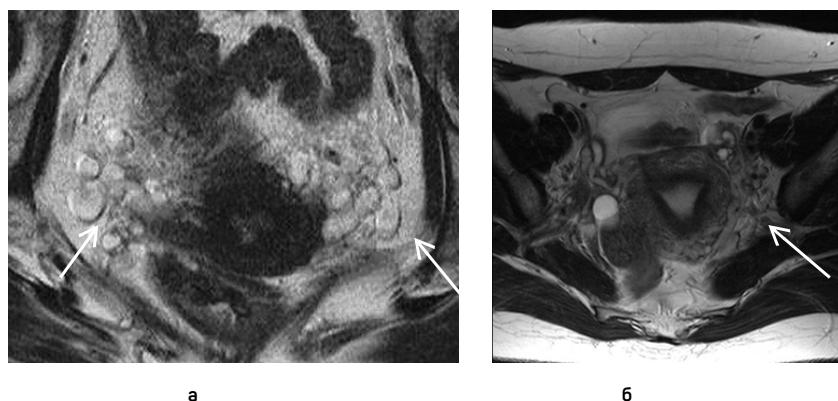


Рис. 2. МРТ при варикозном расширении вен тазового сплетения а — МРТ изображения (корональная плоскость), визуализируются извитые, расширенные параметрально тазовые вены (белые стрелки) б — аксиальные изображения МРТ, определяются варикозно расширенные вены тазового сплетения слева (белая стрелка)

ность исследования, горизонтальное положение и невозможность его изменения у исследуемого пациента, что ограничивает роль МРТ в достоверной диагностике венозного рефлюкса в тазовом сплетении (рис. 2).

МСКТ, которая на данный момент является «методом выбора» при подозрении на анатомические аномалии левой почечной вены и левой яичниковой вены позволяет визуализировать анатомическое строение нормальных и расширенных вен малого таза и брюшинного пространства (рис. 3). При проведении МСКТ-флебографии на фоне болюсного контрастного усиления существует возможность оценить анатомические особенности расположения почечных вен, яичниковых вен, диагностировать патологическое расширение

яичниковых вен, вен тазового сплетения [2, 7, 9, 11].

Среди инвазивных методов лучевой диагностики несостоятельности клапанного аппарата вен брюшинного пространства и малого таза наибольшую значимость имеет селективная ретроградная флебография левой яичниковой вены, позволяющая визуализировать рефлюкс контрастного вещества по венозным коллатералям при венозной компрессии левой почечной вены. При выявлении венозного рефлюкса, расширении яичниковой вены, овариоварикоцеле (преимущественно слева) в настоящее время возможно применение современных рентгенхирургических методов лечения — окклюзии яичниковой вены с помощью различных типов окклюдеров, микроспиралей (рис.4, 5).

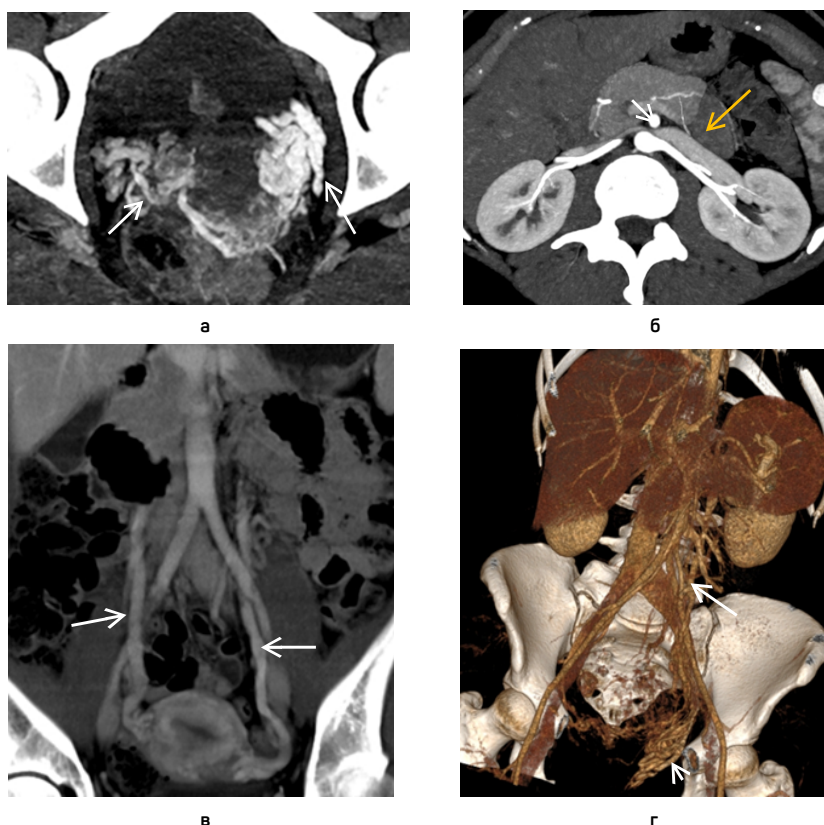


Рис. 3. Рис.3. МСКТ — флебография вен таза при синдроме тазовых болей

а — аксиальные изображения, на которых визуализируются расширенные, извитые вены тазового сплетения с обеих сторон (белые стрелки)

б — аксиальные изображения, визуализируется расширение левой почечной вены (желтая стрелка), выраженное сужение ее на уровне аорто-мезентериального промежутка (белая стрелка) (симптом «пинцета», «щелкунчика»)

в — МИП (максимально интенсивная проекция), определяются выражено расширенные яичниковые вены с обеих сторон (длинные белые стрелки), расширенные вены тазового сплетения (короткие белые стрелки)

г — изображения 3D, на которых визуализируется расширенная левая яичниковая вена (длинная белая стрелка), вены тазового сплетения слева (короткая белая стрелка).

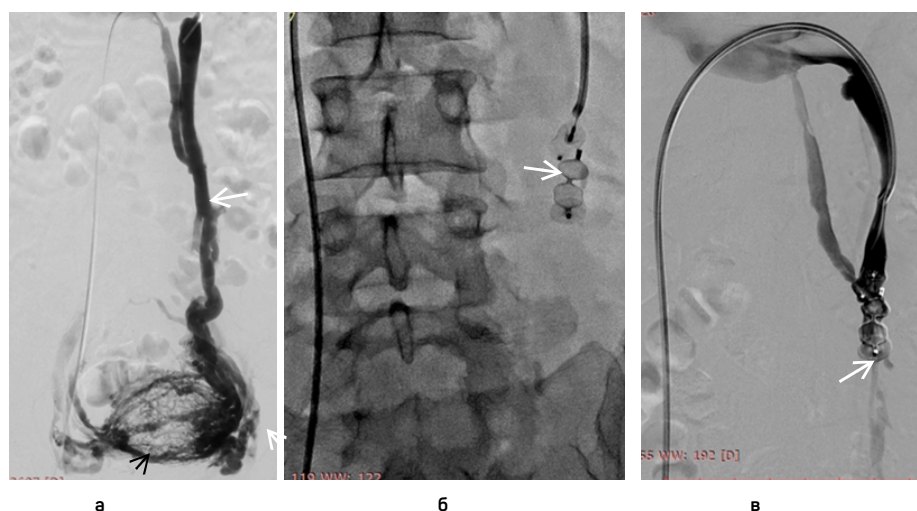


Рис. 4. Ретроградная селективная флебография левой яичниковой вены
а — визуализируется расширенная левая яичниковая вена (длинная белая стрелка) и вены тазового сплетения слева (короткая белая стрелка) с коллатеральными перетоками в тазовые вены контрлатеральной стороны (черная стрелка)

б — эндоваскулярная окклюзия окклюдером «Amplatzer» левой яичниковой вены (белая стрелка)

в — контрольная селективная флебография левой яичниковой вены, патологического рефлюкса контрастированной крови не отмечается, дистальное русло левой яичниковой вены не визуализируется (белая стрелка)

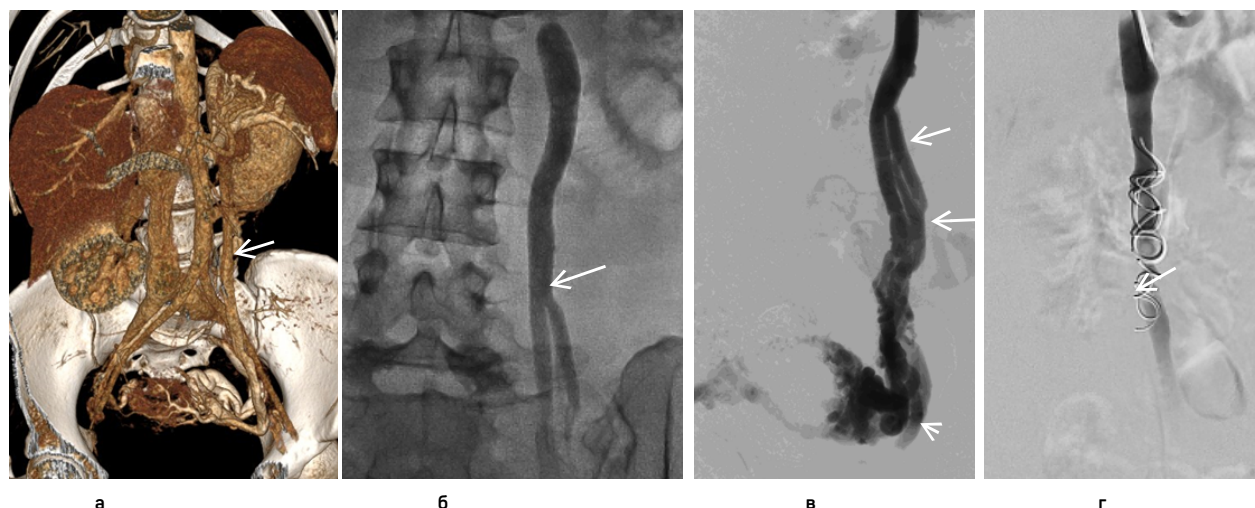


Рис. 5. МСКТ-флебография (3D-изображение)

а — визуализируется расширенная левая яичниковая вена (белая стрелка)

б, в — ретроградная селективная флебография левой яичниковой вены, определяется расширенная левая яичниковая вена, представленная двумя стволами (длинные белые стрелки), вены тазового сплетения слева (короткая белая стрелка)

г — контрольная селективная флебография левой яичниковой вены после эндоваскулярной эмболизации микроспиралью (белая стрелка). Дистальное русло левой яичниковой вены не визуализируется

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром хронических тазовых болей является полиэтиологическим заболеванием, требующим мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении. Для полноценного обследования необходимо использовать современные возможности всех лучевых методов диагностики, позволяющих визуализировать вены тазового сплетения, оценить степень и характер, причину их варикозного расширения.

Для оказания эффективной помощи к таким пациентам необходимо подходить индивидуально. При диагностике и выявлении овариоварикоцеле возможно применение современных рентгенхирургических мето-

дов лечения — рентгенэндоваскулярной окклюзии яичниковых вен с использованием различных окклюдеров и микроспиралей. Использование такого подхода улучшит качество жизни пациентки и предотвратит хронизацию болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. и др. Современные направления в медикаментозном лечении эндометриоза // Problemy Reproduktsii. — 2019. — Т. 25. — №. 6. — С. 58–66. <https://doi.org/10.17116/repro20192506158>
2. Ахтамова Н. А. и др. Инновационный метод лечения хронической тазовой боли // Достижения науки и образования. — 2019. — №. 12 (53). — С. 89–91. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsionnyy-metod-lecheniya-hronicheskoy-tazovoy-boli>
3. Григорьев Е. Г., Лебедева Д. В., Григорьев С. Е. Хроническая тазовая боль у женщин // Бюллетень сибирской медицины. — 2020. — Т. 19. — №. 3. — С. 120–127. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-3-120-127>
4. Адамян Л.В., Демидов В.Н., Гус А.И., Обельчак И.С. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии // ГЭО-ТАР-Медиа. — 2012. — 656 с. ISBN 978-5-9704-2117-8.
5. Курбонова Н. Н., Султанов Д. Д., Ятимова Р. М. Варикозная болезнь вен малого таза–проблема на стыке гинекологии и сосудистой хирургии // Здоровоохранение Таджикистана. — 2021. — №. 2. — С. 68–75.
6. Jurga-Karwacka A. et al. A forgotten disease: Pelvic congestion syndrome as a cause of chronic lower abdominal pain // PLoS One. — 2019. — Т. 14. — №. 4. — С. E0213834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213834>.
7. Almeida G. R. et al. Pelvic congestion syndrome-treatment with pelvic varicose veins embolization // Revista da Associação Médica Brasileira. — 2019. — Т. 65. — С. 518–523. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.4.518>.
8. Labropoulos N. et al. A standardized ultrasound approach to pelvic congestion syndrome // Phlebology. — 2017. — Т. 32. — №. 9. — С. 608–619. <https://doi.org/10.1177/0268355516677135>.
9. Brown C. L. et al. Pelvic congestion syndrome: systematic review of treatment success // Seminars in interventional radiology. — Thieme Medical Publishers, 2018. — Т. 35. — №. 01. — С. 35–40. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1636519>.
10. Lemasle P, Greiner M. Duplex ultrasound investigation in pelvic congestion syndrome: technique and results // Phlebology. — 2017. — Т. 24. — №. 2. — С. 79–87.
11. Marcelin C. et al. Embolization of ovarian vein for pelvic congestion syndrome with ethylene vinyl alcohol copolymer (Onyx®) // Diagnostic and Interventional Imaging. — 2017. — Т. 98. — №. 12. — С. 843–848. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2017.05.011>.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Адамян Лейла Владимировна — главный внештатный специалист по гинекологии Министерства здравоохранения РФ, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе ФГУП «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова». Москва, Россия

Мурватов Камол Джамолхонович — начальник гинекологического отделения ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, доцент кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России». Москва, Россия

Обельчак Игорь Семенович — врач-рентгенолог отделения КТ и МРТ ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой лучевых методов диагностики и лечения Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет» (РОСБИОТЕХ). Москва, Россия

Чернецова Анастасия Сергеевна — аспирант кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России»

Жеребцов Алексей Игоревич — врач-рентгенолог отделения КТ и МРТ ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации». Москва, Россия.

Мареев Андрей Викторович — начальник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации». Москва, Россия

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Адамян Л.В. — концепция и дизайн статьи, одобрение окончательной версии статьи

Мурватов К.Д. — концепция и дизайн статьи

Обельчак И.С. — анализ литературы, подготовка текста статьи, сбор и обработка материала

Чернецова А.С. — анализ литературы

Жеребцов А.И. — сбор и обработка материала

Мареев А.В. — сбор и обработка клинического материала

ПОСТУПИЛА: 19.10.2023

ПРИНЯТА: 20.11.2023

ОПУБЛИКОВАНА: 15.12.2023