

ГЛАВА 1

Общие вопросы
пельвиалгологии

Проблемы современной пельвиалгологии

ХТБ — состояние, пока **не имеющее единого определения**. Это обстоятельство серьёзно затрудняет систематизацию подходов к ведению пациенток с ХТБ и служит первым препятствием при оценке распространённости этого состояния — оно затрудняет сравнение результатов новых исследований с адекватным дизайном, в том числе в рамках систематических обзоров и метаанализов¹.

Некоторые определения ХТБ включают характеристику тяжести симптомов. В 2004 году Американская коллегия акушеров и гинекологов (American college of obstetricians and gynecologists, ACOG) охарактеризовала ХТБ как «нециклическую боль продолжительностью не менее 6 мес, локализованную в области таза, в области передней брюшной стенки на уровне или ниже пупка, в области пояснично-крестцового отдела спины или в ягодицах, **достаточно выраженную**, чтобы вызвать функциональные нарушения или потребность в **медицинской помощи**»¹²⁴. Использование этой и подобных дефиниций в исследованиях распространённости и патогенеза ХТБ спорно, особенно если степень тяжести ХТБ определяют на основании утраты трудоспособности или потребности в медицинской помощи — на это могут влиять многочисленные **психологические, социальные и демографические факторы**^{2,4,5}.

В 2020 году ACOG пересмотрела определение ХТБ: теперь американские исследователи характеризуют её как «болевыe симптомы, в качестве источника которых воспринимаются органы и структуры малого таза и длительность которых обычно превышает 6 мес». Эти симптомы часто ассоциированы с отрицательными когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными последствиями, а также с симптомами, позволяющими заподозрить нарушения со стороны нижнего отдела мочевых путей, кишечника, тазового дна, а также сексуальные, миофасциальные и гинекологические расстройства.

Эксперты ACOG теперь считают **циклическую** тазовую боль **вариантом ХТБ** — в случае, если она имеет значимые когнитивные, поведенческие, сексуальные и эмоциональные последствия³. В новом определении ACOG заметно влияние взглядов экспертов **Европейской ассоциации урологов** (European association of urology, EAU). В изданном в 2021 году профильном руководстве специалисты EAU определяют ХТБ как «хроническую или персистирующую боль, в качестве источника которой воспринимают структуры малого таза мужчин и женщин».

В гайдлайн EAU внесены некоторые терминологические **уточнения**. Эксперты подчёркивают, что подразделять ХТБ на фенотипы допустимо лишь при наличии достаточных оснований. Например, при неспецифической плохо локализованной тазовой боли без очевидного заболевания следует использовать только термин «синдром первичной хронической тазовой боли» (chronic primary pelvic pain syndrome, CPPPS).

Когда болевые ощущения могут быть чётко локализованы в конкретном органе, целесообразно говорить о синдроме ректальной боли и т.д., с возможным уточнением первичного характера. Если же в качестве источника ХТБ пациентка воспринимает несколько органов, то этот региональный болевой синдром можно также охарактеризовать как CPPPS.

Для популяционных исследований ХТБ женщин удобно использовать определение британской Королевской коллегии акушеров-гинекологов (Royal college of obstetricians and gynaecologists, RCOG) — **«интермиттирующая или постоянная боль в нижней части живота или малом тазу продолжительностью не менее 6 мес, которая не связана исключительно с дисменореей или диспареунией и не сопряжена с беременностью»**.

Это определение широко используют в популяционных исследованиях последних лет, и в этой книге мы будем использовать именно его⁷. Однако в последнее время в научной среде наблюдают тенденцию к сокращению срока, необходимого для определения боли как хронической. Так, в обзорах 2021 года ХТБ уже определяют как постоянную (прогрессирующую) боль, существующую **не менее 3 мес**, а также ассоциированную с **негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными последствиями**⁶.

Классификация

Специалисты RCOG подчёркивают, что ХТБ — симптом, а не диагноз, но справедливо ли это утверждение? В Международной классификации болезней 10-го пересмотра в **класс XIV** («Болезни мочеполовой системы») отнесены нозологические формы, объединённые **разделом N94** «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом».

- N94.0 Боль в середине менструального цикла.
- N94.1 Диспареуния (за исключением психогенной диспареунии, F52.6).

- N94.2 Вагинизм (за исключением психогенного вагинизма, F52.5).
- N94.3 Синдром предменструального напряжения.
- N94.4 Первичная дисменорея.
- N94.5 Вторичная дисменорея.
- N94.6 Дисменорея неуточнённая.
- N94.8 Другие уточнённые состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом.
- N94.9 Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом, неуточнённые.

Тем не менее определения перечисленных выше состояний не отражают хронический характер болей, и их нельзя считать оптимальными для кодирования ХТБ.

Тазовая боль может быть также кодирована в **классе XVIII МКБ-10** «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Его **раздел R10** «Боли в области живота и таза» объединяет ряд состояний, за исключением болей в спине (M54), метеоризма и родственных состояний (R14) и почечной колики (N23).

- R10.2 Боли в области таза и промежности.
- R10.3 Боли, локализованные в других областях нижней части живота.
- R10.4 Другие и неуточнённые боли в области живота.

Код R10.2 «Боли в области таза и промежности», казалось бы, охватывает все клинические ситуации ХТБ. Тем не менее он не позволяет полноценно охарактеризовать это состояние и не нашёл широкого применения в медицинской практике.

Вероятно, это положение дел скоро изменится. Проект Международной классификации болезней 11-го пересмотра впервые отделил под кодом MG30 **хроническую боль** — персистирующую или рецидивирующую в течение более 3 мес¹²⁵. Специалисты ВОЗ выделяют **первичную хроническую боль** — многофакторное состояние, когда в болевой синдром вносят вклад биологические, психологические и социальные составляющие.

Первичная хроническая боль в проекте МКБ-11 — **самостоятельный диагноз**. Он допустим независимо от подтверждённых биологических и психологических составляющих проблемы — за исключением ситуации, когда иной диагноз позволяет лучше объяснить симптоматику. Разработчики также ввели несколько кодов для **вто-**

ричной хронической боли — ассоциированной с онкозаболеванием или хирургическим вмешательством в анамнезе, мышечно-скелетной (соматической), висцеральной, нейропатической и т.д.

Тем не менее эксперты EAU отмечают, что проект классификации имеет свои белые пятна¹²³. Так, если при устранении подлежащего состояния болевой синдром сохраняется, означает ли это, что теперь боль нужно расценивать как первичную хроническую?

Действующая классификация EAU126 основана на так называемом «осевом принципе», когда характер состояния последовательно уточняют по нескольким блокам¹²³. В ней представлены и состояния, специфичные для здоровья мужчин.

Ось I (область).

■ ХТБ.

- Синдром вторичной хронической тазовой боли
- Синдром первичной хронической тазовой боли.

Ось II (отрасль медицины или система) и ось III (источник боли по данным анамнеза, объективного исследования больного, лабораторных и инструментальных методов исследования).

■ Урология.

- Простата.
- Мочевой пузырь.
- Мошонка, яички, придатки яичка.
- Пенис, уретра.
- Состояние после вазэктомии.

■ Гинекология.

- Вульва, преддверие влагалища, клитор.
- Эндометриоз.
- CPPPS с циклическими обострениями.
- Дисменорея.

■ Гастроэнтерология.

- Синдром раздражённого кишечника (СРК).
- Хроническая боль в анусе (в том числе интермиттирующая).

■ Неврология.

- Невралгия срамного нерва (синдром канала Алькока).

■ Сексология.

- Диспареуния.
- Тазовая боль с сексуальной дисфункцией.

■ Психология.

- Любой орган малого таза.

- Костно-мышечный аппарат.
 - Мышцы тазового дна (МТД).
 - Мышцы брюшного пресса.
 - Позвоночник.
 - Копчик.

Ось IV (локализация боли).

- Надлонная.
- Паховая.
- Уретральная.
- Пенильная/клиторальная.
- Промежностная.
- Ректальная.
- В области спины.
- В ягодицах.
- Бедренная.

Ось V (временные характеристики).

- Начало.
 - Острое.
 - Хроническое.
- Течение заболевания.
 - Sporадическое.
 - Волнообразное.
 - Непрерывное.
- Время.
 - Наполнение мочевого пузыря.
 - Мочеиспускание.
 - Немедленно после мочеиспускания.
 - Через некоторое время после мочеиспускания.
- Триггер.
 - Спровоцированная боль.
 - Спонтанная боль.

Ось VI (характер).

- Ноющая.
- Жгучая.
- Колющая.
- Пронзающая.

Ось VII (сопутствующие симптомы).

- Урологические.
 - Учащённое мочеиспускание.

- Ноктурия.
 - Задержка начала мочеиспускания.
 - Слабая струя мочи.
 - Расщепление струи.
 - Частые позывы.
 - Недержание мочи.
 - Гинекологические.
 - Менструальные.
 - Менопаузальные.
 - Гастроэнтерологические.
 - Запор.
 - Диарея.
 - Метеоризм.
 - Неотложные позывы на дефекацию.
 - Недержание кала.
 - Неврологические.
 - Дизэстезия.
 - Гиперэстезия.
 - Аллодиния.
 - Гипералгезия.
 - Сексологические.
 - Снижение удовлетворения.
 - Диспареуния.
 - Избегание секса.
 - Эректильная дисфункция.
 - Кожные.
 - Трофические изменения.
 - Сенсорные изменения.
 - Скелетно-мышечные.
 - Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата.
 - Фасцикуляции (подёргивания мышц).
- Ось VIII (психологические симптомы).**
- Тревожность вследствие болевого синдрома или предполагаемой причины боли.
 - Катастрофизация боли.
 - Депрессия:
 - как следствие боли или воздействия последней;
 - обусловленная иными причинами;
 - неизвестного генеза.

- Симптомы посттравматического стрессового расстройства:
 - переживание ощущений;
 - избегание.

Классификация ЕАУ подчёркивает междисциплинарный характер проблемы ХТБ. Впрочем, подведомственные различным специалистам оси затрудняют её использование — её нельзя признать оптимальной для использования в повседневной акушерско-гинекологической практике.

Эпидемиология

ХТБ широко распространена у женщин репродуктивного возраста и оказывает значительное негативное влияние на качество жизни и работоспособность. ХТБ может быть проявлением множества различных, **часто многофакторных** состояний. В отсутствие установленной этиологии лечение затруднительно. Высококачественные эпидемиологические исследования улучшают понимание патогенетических детерминант ХТБ, позволяют выявить факторы риска и, соответственно, способствуют разработке адекватных стратегий лечения.

Распространённость

Распространённость ХТБ в общей популяции женщин составляет 2–25% во всём мире^{115,120}, но только треть из них обращаются за медицинской помощью⁶. По некоторым данным, распространённость ХТБ выше, чем астмы, сахарного диабета и ишемической болезни сердца — и почти так же высока, как боли в спине¹¹⁶. Тем не менее выявить причину ХТБ не удаётся у каждой третьей пациентки — даже после полного клинического обследования. Вероятно, трудности диагностики и лечения связаны с тем, что **боль может быть не только симптомом, но и самостоятельным заболеванием**¹²⁰.

Игнорирование этой проблемы **недопустимо**: у большинства (73%) страдающих ХТБ выявляют нарушения со стороны репродуктивной системы. У остальных причиной болевого синдрома служат либо экстрагенитальные заболевания, либо она так и остаётся неясной¹²⁰.

В частности, в одной из работ наблюдали 40 участниц с хроническими болями в области таза или промежности. У подавляющего большинства их них (95%) в анамнезе были роды через естественные родовые пути с **наложением швов на промежность** (90%) и сильной острой болью в течение первой недели после родов (62%). Послеродовая боль

стала причиной снижения сексуальной активности (80%), нарушений мочеиспускания (28%) и дефекации (38%). Известно, что 78% женщин испытывали боль более 12 мес⁹. У 28% пациенток постоянные боли в области таза развиваются после планового кесарева сечения через 3 мес после операции, а у 20% — сохраняются на протяжении 6 мес и более⁶.

Около 30% женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе предъявляют жалобы на ХТБ. Часто причиной боли становятся сопутствующие **урологические и желудочно-кишечные** заболевания: 35% женщин с ХТБ имеют сопутствующий синдром раздражённого кишечника (СРК), 61% — боли в мочевом пузыре.

Однако в настоящее время **первенство принадлежит эндометриозу** — это патологическое состояние диагностируют у каждой второй женщины с ХТБ⁶. С другой стороны, у 70% пациенток с эндометриозом диагностируют ХТБ. В группе риска — даже женщины после плановой гистерэктомии из-за ХТБ, связанной с аденомиозом: 25% из них продолжают испытывать послеоперационную боль⁶.

Индивидуальное и социальное бремя ХТБ

ХТБ оказывает значительное негативное влияние на общее самочувствие женщин, нередко становясь причиной серьёзных расстройств здоровья и даже инвалидности^{117,118,120,132}. ХТБ ассоциирована с усталостью, депрессией, тревогой и сексуальной дисфункцией. Пациентки часто испытывают отчаяние, теряют уверенность в себе, нередко склонны проводить дни в постели из-за плохого самочувствия, становятся всё более изолированными и даже склонными к суициду^{118,119}. Перманентная изнуряющая ХТБ изменяет и психоэмоциональную сферу, и поведение женщин, приводя к стойким неврозам с присущими им социальной дезадаптацией и изоляцией. Всё это в совокупности значительно снижает качество жизни¹²⁰.

Качество жизни при ХТБ больше зависит от психологических переживаний, чем от **интенсивности** как таковой¹²². В частности, **катастрофизация боли** — негативная когнитивная и эмоциональная реакция на своё состояние, включая несоразмерное усиление восприятия боли и чувство беспомощности, тревогу и депрессию, что, безусловно, оказывает значительное влияние на общее переживание болевого синдрома^{37,38}. Ассоциированная с эндометриозом ХТБ связана с ухудшением качества жизни, депрессивными симптомами, ухудше-

нием сна³⁶. Зачастую у пациенток с ХТБ имеет место посттравматическое стрессовое расстройство¹¹⁹.

Более половины женщин, страдающих ХТБ, **не имеют точного диагноза**. Более того, нередко они **не обращаются за медицинской помощью** или просто не сообщают специалисту о таком важном симптоме — возможно, по причине недовольства ранее проведённым лечением, которое не помогло. Действительно, в ряде ситуаций врач ставит диагноз интуитивно, не выполнив полное обследование, а это в свою очередь становится причиной неправильных терапевтических назначений¹²⁰. Пациенткам назначают антибактериальные препараты **без наличия хотя бы минимальных показаний** или в виде краткого курса эмпирической терапии, либо женщины занимаются самолечением, принимая анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) без консультации со специалистом, не соблюдая рекомендуемых доз и курсов лечения.

Женщины с ХТБ могут испытывать трудности при обращении за медицинской консультацией к специалистам: они взволнованы, подавлены, им трудно рассказать о своих симптомах, они напуганы перспективами фармакологического и особенно хирургического лечения. Именно поэтому при ведении пациенток необходим комплексный подход, включающий не только медикаментозную терапию, физиотерапию и другие процедуры, но и **правильное консультирование и психосоциальную поддержку**⁴¹. Врачу важно установить доверительный контакт с такими больными, чтобы они чувствовали, что их жалобы значимы и что им хотят помочь, а также предоставить пациенткам достаточную информацию о диагнозе и вариантах лечения.

Этиология и факторы риска

Проспективные когортные исследования, позволяющие изучить временную взаимосвязь между фактором риска и заболеванием, способствуют выявлению ответственных за ХТБ нарушений. Такие исследования дороги и требуют много времени, поэтому большинство описанных в медицинской литературе рисков ХТБ установлены в результате одномоментных исследований, при которых все количественные и качественные измерения производят однократно в определённой точке времени.

Основные этиологические факторы ХТБ описаны в медицинской литературе^{6,50,51,52,132}. ХТБ может быть проявлением гинекологических,

урологических, неврологических и психологических нарушений, заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), опорно-двигательного аппарата, а также их комбинации¹²⁰ (Рис. 1-2).

Некоторые этиологические факторы ХТБ приведены ниже.

- Гинекологические заболевания.
 - Эндометриоз.
 - Киста яичника, поликистоз яичников.
 - Дисменорея.
 - Опущение матки и стенок влагалища.
 - Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП).
 - Вульвдиния.
 - Варикозное расширение вен малого таза, венозный застой.
 - Доброкачественные опухоли матки.
 - Злокачественные опухоли (яичников, шейки или тела матки, влагалища, вульвы).
- Беременность.
 - Изменения суставно-связочного аппарата и вторичный миофасциальный синдром.
 - Застой в венах малого таза.
 - Повышение тонуса матки.
- Урологические заболевания.
 - Интерстициальный цистит («раздражённый или болезненный мочевого пузыря»).
 - Мочекаменная болезнь.
 - Опухоли мочевого пузыря.
- Заболевания кишечника.
 - Анальная трещина, геморрой, проктит.
 - Функциональная прокталгия.
 - СРК.
 - Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит).
 - Ишемический колит.
 - Опухоли.
- Неврологические заболевания.
 - Радикулит, неврит, грыжа межпозвонкового диска.
 - Травма нервов (попадание нерва в хирургический шов, сдавление в родах).
 - Метаболическая сенсорная нейропатия.



Рис. 1-1. Локализация и этиологические факторы тазовой боли⁴¹.



Соматическая/нейропатическая боль в области верхнемедиальной поверхности бедра

Вертельный или подвздошно-поясничный бурсит; ущемление нервов (подвздошно-пахового, запирающего или бедренно-полового); радикулопатия L3; диабетическая бедренная нейропатия



Соматическая/нейропатическая боль в области бедренного сустава и латеральной поверхности бедра

Ущемление латерального кожного нерва бедра; вертельный бурсит; синдром щёлкающего бедра; радикулопатия L4/L5; диабетическая бедренная нейропатия



Соматическая/нейропатическая боль в области верхнего отдела ягодиц

Миофасциальная боль; подвздошно-поясничный синдром; сакроилеит; спондилёз поясничного отдела позвоночника



Соматическая/нейропатическая боль в области нижнего отдела крестца/копчика

Кокцигодиния; заболевания прямой кишки и ануса; метастатическое поражение крестца или копчика



Соматическая/нейропатическая боль в области нижнего отдела ягодиц/верхнего отдела бедра

Синдром грушевидной мышцы; седалищно-ягодичный или седалищный бурсит; тендинит мышц задней поверхности бедра; спондилёз поясничного отдела позвоночника; сакроилеит; пояснично-крестцовая радикулопатия; синдром леватора



Соматическая боль



Висцеральная боль

- Изменения брюшины.
 - Слайки в брюшной полости и малом тазу.
- Заболевания костей и суставов.
 - Патологические состояния тазобедренных суставов, крестцово-подвздошных сочленений, лобкового симфиза.
 - Травмы.
- Мышечные расстройства.
 - Миофасциальный синдром / фибромиалгия.
 - Спазм мышц (дисфункция) тазового дна.
- Психологические расстройства.
 - Депрессия.
 - Посттравматическое стрессовое расстройство.

В некоторых ситуациях можно предположить, что боль вызвана одним заболеванием, но у большинства пациентов это **комбинация различных состояний**, которые могут иметь перекрёстные симптомы, а это во многих ситуациях затрудняет идентификацию конкретного фактора. Наиболее часто выявляемые причины — заболевания ЖКТ и мочеполовой системы, включая СРК, кисты яичника, эндометриоз и цистит.

Кесарево сечение и травмы таза в анамнезе также причисляют к факторам риска ХТБ^{48,49}. По некоторым данным, хроническая боль после родов затрагивает около 6,1–11,5% женщин⁴⁷. **Натяжение спаек**, образовавшихся между брюшной стенкой и маткой, вызывает сильный болевой синдром⁴⁹. Рубец на матке после хирургического вмешательства также может стать причиной ХТБ, дисменореи и диспареунии⁴⁶.

Есть версии, что характеристика боли зависит именно от вида родоразрешения. Возможно, что кесарево сечение, частота которого растёт во всём мире, связано с более низкой вероятностью хронической послеродовой боли, особенно ХТБ, а индивидуальные факторы риска зависят не только от степени травмы тканей. Так, боль в рубцах, нередко возникающая после родов, часто включает в себя **нейропатический компонент**⁴⁷.

Психологические факторы (особенно психосоматические симптомы, депрессия, тревожность, физическое и сексуальное насилие) также могут оказывать влияние на развитие ХТБ, и выявить первопричину бывает затруднительно, учитывая, что далеко не каждая пациентка, пережившая насилие в прошлом, готова говорить об этом с лечащим врачом^{64,65}.

Психологические, социальные и сексуальные факторы

Достоверно установлено, что хроническая боль может быть связана со значительным психологическим дистрессом^{102,103}. Однако важно отделять преморбидные психологические состояния от симптомов, связанных с болью, то есть не путать причину и следствие. В частности, важно установить роль тех преморбидных психологических ситуаций, которые предрасполагают к ХТБ.

Существуют данные, что иницирующими факторами непосредственно ХТБ могут быть **негативные сексуальные контакты**^{65,104,105}. И несмотря на то, что они не действуют как причины, однако могут сыграть роль фактора индукции. **Сексуальная травма** в анамнезе, связанная, например, с длительным сексуальным насилием, изнасилованием или пытками, может вызвать физический ущерб или центральные неврологические изменения, и их следует рассматривать как возможную причину ХТБ у небольшого числа пациенток^{65,106-109}.

Может ли **стресс** вызывать ХТБ? Представленная база доказательств убеждает в том, что стресс может быть связан с повышенным **напряжением мышц**, особенно тазового дна^{112,113}. Это напряжение может вызвать боль непосредственно в мышцах и приводит к раздражению нерва, приводя к реакции по типу **нейропатической боли**. Этот механизм рассматривают как основной в генезе вульводинии, а у мужчин — для боли, связанной с простатитом¹¹⁴.

Важность преморбидных психологических нарушений определяет необходимость их оценки, а также поведенческих и сексуальных изменений при ХТБ клиницистами^{103,104}. Их заключения важны и для определения специфичности реакции на боль, характеристики качества жизни пациентки, но главное — для уточнения эффективности лечения.

У пациенток с ХТБ часто наблюдают **депрессивность и тревожность**, что усугубляет инвалидизацию женщин: может возникнуть порочный круг между настроением и поведением, когда у пациентки нет мотивации на лечение боли. Как и в случае со всеми хроническими болями, пациентки с ХТБ и выраженной катастрофизацией состояния будут чувствовать себя хуже, чем те, кто может рационализировать проблему. Управление психологическими и поведенческими последствиями боли само по себе может значительно **улучшить качество жизни** пациентки.