



Синдром хронической тазовой боли на уровне междисциплинарного общения

Ю.А. Дубоссарская, д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой

З.М. Дубоссарская, д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Если боль мучительна, она непродолжительна, а если продолжительна, то не мучительна.

Цицерон

Хроническая тазовая боль (ХТБ) – распространенная клиническая проблема в женской популяции, которая затрагивает физическую и эмоциональную составляющую жизни женщины. Боль внизу живота – обычная жалоба в гинекологической практике. Приблизительно 10% гинекологических консультаций связаны с ХТБ, которая является причиной 40% всех производимых лапароскопий и 10-15% гистероскопий. В целом около 5-15% женщин в возрасте 18-50 лет в популяции страдают ХТБ, но распространенность этого состояния существенно возрастает (приблизительно до 20%) у пациенток с предшествующими воспалительными гинекологическими заболеваниями. В связи с чрезвычайно высокой распространенностью и потреблением огромных медицинских ресурсов ХТБ представляется одной из серьезных проблем женского здоровья.

Дефиниция ХТБ включает циклические или ациклические боли, локализованные внизу живота, персистирующие в течение 6 мес и более, которые не связаны ни с менструальным циклом, ни с сексуальной активностью. ХТБ может быть обусловлена различными этиологическими факторами и их сочетанием у некоторых индивидуумов.

К этиологическим факторам ХТБ относят:

- гинекологические заболевания – эндометриоз; хронические воспалительные заболевания органов малого таза; овариальные кисты и др.;
- патологию тазовой васкуляриной системы;
- проблемы гастроинтестинального тракта – синдром раздраженной кишки, колит, болезнь Крона и др.;
- урологические нарушения – интерстициальный цистит; нефролитиаз и др.;
- соматическую дисфункцию;
- патологию тазовой мышечно-скелетной системы – миофасциальный болевой синдром;

- неврологические заболевания (невралгия, вертебральный синдром и др.);
- психогенную боль (на фоне стресса или депрессии).

Классификация ХТБ по С.В. Smith (1997) включает:

- эпизодические, рецидивирующие боли: диспареуния (болезненность при половом акте), болезненность при интромиссии, рубцовые изменения влагалища, вестибулит, сексуальное насилие, вагинит, дисменорея, овуляторная боль, хронический спаечный процесс, эндометриоз, аденомиоз, синдром раздраженной кишки, болезнь Крона;
- постоянные или персистирующие боли: спайки, существенные анатомические изменения половых органов, гидросальпинкс, ретроверсия матки, выпадение половых органов, синдром венозного застоя в малом тазу, синдром Аллена – Мастерса (разрыв задних листков широкой связки матки), синдром культы яичников, постстерилизационный синдром, опухоли матки, яичников, мочевого пузыря, кишечника, синдром раздраженной кишки, метастазы злокачественных опухолей в малом тазу, лимфома, эндометриоз, аденомиоз, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит;
- психофизиологические причины: постоянное физическое или сексуальное насилие, конверсионная истерия, депрессия, ипохондрия, шизофрения, неврологическая патология (редко), опухоли спинного мозга, фантомные боли при тетраплегии.

Некоторые из этих гетерогенных состояний легко диагностируются, но в других случаях причины ХТБ чрезвычайно сложно выявить. В целом около 60% женщин с ХТБ не имеют специфического



диагноза и свыше 20% больных не проходят какое-либо обследование. Проведение лапароскопического исследования у пациенток с ХТБ приблизительно в трети случаев не выявляет какой-либо патологии со стороны органов брюшной полости и малого таза. Эксперты считают, что как минимум одна из семи женщин, страдающих ХТБ, после тщательного специализированного гинекологического обследования не имеет этиологического диагноза.

Традиционно принято считать, что появление боли всегда связано с наличием в организме патологического процесса, сопровождающегося выраженными структурно-морфологическими изменениями тканей. Это, безусловно, имеет прямое отношение к болевому синдрому на фоне миомы матки, эндометриоза и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Однако иногда приходится сталкиваться с ситуацией не «боль-симптом», а «боль-болезнь». В этом случае источником патологической афферентации становится «аллогенный» очаг в органах репродуктивной сферы, который невозможно выявить доступными клиническо-инструментальными методами. Подобное характерно для дисменореи, овуляторных болей, синдрома Аллена – Мастерса и ряда других заболеваний.

Помимо этого причиной болевого синдрома в области малого таза может быть экстрагенитальная патология, связанная с нарушением функций смежных органов. В этом случае следует помнить о таких диагнозах, как синдром раздраженной толстой кишки, хронический колит, хронический цистит, уретральный синдром, кокцигодия, корешковый синдром.

Адаптация организма к хронической боли сопряжена с изменениями личностной сферы, социальной дезориентацией, проблемами в карьере и закономерным ухудшением качества жизни, что для большинства пациенток является более значимым, чем исключительно физическое страдание. Поэтому синдром ХТБ можно воспринимать как диагноз исключения, с которым трудно поделиться врачу-гинекологу. Значительная роль в выяснении причины болевого синдрома отводится хирургам, проктологам, урологам, терапевтам, семейным врачам, невропатологам, сексопатологам, психиатрам и медицинским психологам. Целая команда специалистов необходима для решения вопроса об исключении экстрагенитального генеза болевого синдрома, а также для подтверждения функциональной, а не органической природы болевых приступов.

Первичность обращения пациентки к гинекологу иногда сопряжена с попыткой подтвердить типичный, но неправильный диагноз (воспаление придатков матки, эндометриоз) с этиопатогенетических позиций терапией *ex juvantibus*. Это приводит к бесцельным курсам антибактериальной терапии с исходом в кандидоз, к синдрому

резистентных яичников или их преждевременному истощению после длительного лечения монофазными контрацептивами или агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона. Хирургическое лечение тазовой боли (экстирпация матки с придатками, пресакральная нейрэктомия и рассечение крестцово-маточных связок) не всегда позволяет достичь желаемых результатов, а иногда и усугубляет клиническую картину. Более того, излишний радикализм у данной категории больных, учитывая их психоэмоциональное состояние, может сформировать отрицательное отношение к врачам и лечению в целом. Поэтому необходимо всестороннее обследование женщин с ХТБ путем взаимодействия с врачами других специальностей, а также разумное и патогенетически обоснованное отношение к выбору тактики лечения. Последнее невозможно без четких представлений о патогенезе тазовой боли вследствие гинекологических причин.

Патогенетические механизмы возникновения тазовой боли заключаются в следующем:

- изменения функционального состояния центральной нервной системы;
- вегетативно-сегментарные расстройства;
- ухудшение микроциркуляции в матке и ее придатках на фоне венозного застоя;
- нарушение трофических процессов в органах малого таза;
- расстройства гормонального гомеостаза.

Болевые приступы сопряжены, как правило, с нервно-психическими, физическими перегрузками и переохлаждением. При этом тазовая боль возникает как результат конвергенции трех патологических процессов:

- снижение порога болевой чувствительности;
- возникновение стойких генераторов патологической полимодальной афферентной импульсации;
- стойкие нарушения эфферентной импульсации.

Эти изменения способствуют развитию в ноци- и антиноцицептивной системах своеобразной патодинамической суперсистемы наподобие порочного круга, функционирование которой и обуславливает развитие симптомокомплекса, объединяемого в понятие синдрома тазовой боли.

Важным аспектом является нарушение микроциркуляции на фоне венозного застоя в матке и ее придатках, чему способствует варикозное расширение вен таза. Застойная, гипертрофированная шейка матки, варикозное расширение околоматочных вен также являются причинами ухудшения венозного оттока от матки. При этом возникают отеки миометрия, «лимфокисты» в параметрии, разрывы задних листков широкой связки матки, серозный выпот в дугласовом пространстве. Резкое повышение перфузионного давления в сосудах матки приводит к появлению



избыточного внутриматочного и внутрищечного депонирования крови, что сопровождается повышением тонуса миометрия. Гипертонус матки еще больше ухудшает венозный отток, что формирует болевые импульсы. Нарушение микроциркуляции приводит к ишемии тканей, что вызывает высвобождение тканевых аллогенных веществ: серотонина, гистамина, ацетилхолина, простагландинов, брадикинина, каллидина и ионов K^+ и H^+ .

Разбалансированное влияние медиаторов на клеточном уровне сопровождается повышением содержания простагландинов, что неизбежно в соответствии с принципом «качелей» подавляет активность прогестерона. Теория «качелей» (от англ. «see-saw») была сформулирована профессором Арпадом Чапо из университета города Дебрецен (Венгрия). Согласно этой теории, повышенный уровень прогестерона подавляет липолиз и синтез простагландинов, а простагландины блокируют синтез и биологические эффекты прогестерона. Таким образом, сниженный уровень прогестерона обуславливает повышенную концентрацию простагландинов, и наоборот. Поэтому синдром ХТБ всегда сопровождается эндокринными нарушениями в виде расстройств гормонального гомеостаза, что приводит к развитию гиперпластических процессов эндометрия.

Классификация синдрома ХТБ согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) представлена в таблице 1.

Клиника и диагностика синдрома ХТБ

Наиболее характерными жалобами при синдроме ХТБ являются наличие тупой, нечетко локализованной боли в нижних отделах живота, обильные менструации, межменструальные кровотечения, болезненность при половом акте, плохое настроение, повышенная утомля-

емость, раздражительность, нарушение сна и чувство усталости.

Возрастной контингент при этой патологии представлен в основном женщинами в возрасте около 30 лет.

При объективном исследовании и ультразвунографии органов малого таза отмечаются следующие особенности: болезненность при пальпации верхнего подчревного сплетения (положительный симптом Савицкого), слегка увеличенная, пастозная, тестоватой консистенции матка; гипертрофированная, синюшная, гипермобильная шейка матки; поликистозно измененные яичники; варикозное расширение вен таза; синюшная слизистая влагалища; обильные водянистые бели.

При бактериоскопии практически у всех пациенток определяется I степень чистоты влагалища, аминотест отрицателен во всех случаях.

Из сопутствующих гинекологических заболеваний обнаруживаются миомы матки небольших размеров, малые формы эндометриоза, хронический сальпингит, оофорит в стадии ремиссии, альгодисменорея.

У данной категории женщин часто встречается экстрагенитальная патология, а именно: вегетососудистая дистония, гиперплазия щитовидной железы, заболевания гастродуоденальной и гепатобилиарной систем, мочевого выделительных органов, геморрой, варикозная болезнь нижних конечностей.

Особенности психологического состояния пациенток обуславливают наличие повышенной реактивной и личностной тревожности (методика Спилберга – Ханина). Значительно улучшает состояние больных внутривенное введение 10–20 мг диазепама, что одновременно является дифференциально-диагностическим тестом (диазепамовый тест). По-видимому, медикаментозный

Таблица 1. Классификация синдрома хронической тазовой боли у женщин согласно МКБ-10

N94	Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом
N94.0	Боли в середине менструального цикла
N94.1	Диспареуния Исключена 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



сон вызывает нормализацию функционального состояния центральной нервной системы и улучшает автономную нервную регуляцию функций тазовых органов. При уменьшении выраженности болевого синдрома, реактивной тревожности и улучшении настроения на фоне введения диазепама следует думать о синдроме ХТБ.

Для уточнения диагноза при необходимости проводят гистероскопию с целью исключения подслизистой миомы матки, магнитно-резонансное сканирование органов малого таза, диагностическую лапароскопию.

Обязательной является дифференциальная диагностика синдрома ХТБ «боль-болезнь» и тазовой боли органического происхождения «боль-симптом» (табл. 2).

Лечение синдрома ХТБ

В 2002 г. европейские эксперты пришли к консенсусу относительно лечения ХТБ и эндометриоза (Gambone J. et al., 2002), необходимость в котором была продиктована сложностью дифференциальной диагностики этих заболеваний. Согласно опубликованным рекомендациям, лечение синдрома ХТБ следует начинать с применения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и комбинированных оральных контрацептивов. При улучшении состояния следует думать о малых формах эндометриоза.

Основными направлениями фармакотерапии ХТБ являются:

- улучшение венозного оттока от матки;
- коррекция микроциркуляторных расстройств;

Таблица 2. Схема дифференциальной диагностики между синдромом ХТБ («боль-болезнь») и тазовой болью органического происхождения («боль-симптом») (Савицкий Г.А. и соавт., 2000)

Синдром ХТБ	Тазовые боли органического происхождения
Постоянные боли внизу живота и в пояснице, чаще всего тупые, тянущего характера, без абсолютно четкой локализации, иногда со «жгучим» компонентом	Острые боли внизу живота и в пояснице с четкой локализацией, различной продолжительности и силы
Боль иррадирует в прямую кишку, верхнюю половину влагалища, внутреннюю поверхность бедер, брюшную полость, грудную клетку и шею (слева)	Боль иррадирует в паховые области, бедра, реже в область прямой кишки, почти никогда в верхние отделы живота, грудную клетку и шею
Регулярное развитие провоцируемых болевых кризов — разлитой абдоминальной боли	Картина усиления боли, как правило, связана с обострением основного гинекологического заболевания
Диспареуния наблюдается практически у всех больных	Сравнительно частое развитие диспареунии при резко выраженных органических поражениях гениталий
При пальпации верхнего подчревного сплетения больная разгибается, расслабляет мышцы передней брюшной стенки, покачивает головой в стороны и стремится «уйти» от пальпирующей руки в сторону (симптом Савицкого «+++»)	При пальпации верхнего подчревного сплетения больная сгибается, напрягает мышцы передней брюшной стенки, часто рукой пытается оттолкнуть руку врача (симптом Савицкого «—»)
Выраженные нервно-психические нарушения, проявляющиеся тревожно-депрессивными, ипохондрическими и прочими синдромами, выраженной астенизацией	Тревожно-депрессивные синдромы и тяжелая астенизация наблюдаются только при запущенных, нерационально леченных гинекологических заболеваниях
Различные варианты тяжело протекающих вегетопатий выявляются практически у всех больных	Различные варианты вегетопатий отмечаются у сравнительно большого количества пациенток с тяжелой гинекологической патологией
Зоны гипералгезии и гипертермии на передней брюшной стенке, пояснице и крестце намного шире, чем обычная локализация отраженных болей от гениталий (зоны Захарьина – Геда)	Зоны гипералгезии на передней брюшной стенке и пояснице соответствуют зонам Захарьина – Геда, связанным с внутренними гениталиями
Большинство физиотерапевтических процедур вызывает обострение боли	Рациональное использование физиотерапии оказывает значительный лечебный эффект
Данные рутинного гинекологического обследования (осмотр, пальпация и т.д.) не позволяют врачу уверенно связать ХТБ с выявленной патологией; очень часто при обычном исследовании «явная» гинекологическая патология не выявляется, и врач «вынужден» связывать алгическую реакцию больной на осмотр с «воспалением половых органов»	При рутинном гинекологическом исследовании врач уверенно выявляет патологический процесс, который можно нозологически связать с ХТБ



- лечение воспалительных явлений в стенках вен и окружающих тканях;
- ликвидация неблагоприятного психоэмоционального фона;
- коррекция гормонального дисбаланса;
- нормализация трофических процессов в малом тазу.

Решение первых трех задач достигается назначением венотонических препаратов системного действия, которые должны обладать следующими эффектами:

- повышение венозного тонуса;
- нормализация проницаемости и резистентности капилляров;
- улучшение реологических свойств крови;
- усиление лимфатического дренажа.

Из венотонических препаратов наибольшее распространение получили вещества, синтезированные из плодов конского каштана, иглицы, цитрусовых. Цикло-3-форт (экстракт иглицы, экстракт мяты и аскорбиновая кислота) обладает флеботоническим действием, связанным с прямым стимулированием постсинаптических α -адренергических рецепторов гладкомышечных клеток сосудистой стенки, снижает проницаемость и увеличивает резистентность капилляров. Суточная доза препарата составляет 3 капсулы, принимаемые после еды.

Оптимизация микрогемодиализаторных процессов и противовоспалительное действие также могут достигаться путем использования антигемотоксических препаратов – лимфомиозота, траумеля и вибуркола.

Для улучшения настроения, обеспечения седативного эффекта применяют транквилизаторы (хлордиазепоксид, диазепам в таблетках, настойку и таблетки валерианы, настойку пустырника, комбинированные драже с экстрактом валерианы, перечной и лимонной мяты).

Физиотерапевтические мероприятия представлены фонофорезом с троксевазином на низ живота, эндоанальным электрофорезом с витамином В₁ в 1-ю фазу менструального цикла, электрофорезом с ZnO на низ живота, воротником по Щербак. В лечебный комплекс включают гинекологический и регионарный пояснично-крестцовый массаж, лечебную гимнастику, аутогенную тренировку, психосуггестию и акупунктуру.

Коррекция недостаточности лютеиновой фазы достигается путем назначения гестагенов в лютеиновую фазу менструального цикла (микронизированный прогестерон или дидрогестерон).

При необходимости контрацепции пациенткам с синдромом ХТБ целесообразно остановить выбор на низкодозированном монофазном контрацептиве, содержащем диеногест. Диеногест обладает выраженным периферическим сфокусированным влиянием на органы-мишени (органы малого таза) и клинически доказанными антиандрогенными свойствами при отсутствии

других частичных эндокринных эффектов, в т.ч. эстрогенного, андрогенного и глюкокортикоидного влияния. Выраженный периферический прогестагенный эффект диеногеста обеспечивает редукцию болевой симптоматики. Включение его в схемы традиционного лечения синдрома ХТБ позволяет улучшить психоэмоциональное состояние и качество жизни больных.

Антипростагландиновым эффектом обладают ингибиторы циклооксигеназы (в виде таблеток или ректальных свечей), которые назначают в лютеиновую фазу менструального цикла. Применение НПВС способствует реализации биологического эффекта прогестинов.

При наличии малых форм эндометриоза (подтвержденных лапароскопически), миоме матки применяют антигонадотропины или аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона в непрерывном режиме в течение полугода.

Улучшение рецепторного аппарата внутренних гениталий достигается назначением метаболической терапии: экстракта артишока полевого, инозина, витаминов группы В, солкосерила.

У пациенток с хроническим сальпингитом, оофоритом в стадии ремиссии также применяют тиосульфат натрия, глюконат кальция, препараты рекомбинантного интерферона, адаптогены, тампоны с троксевазином во влагалище.

Лечение синдрома ХТБ проводят несколькими курсами, что закрепляет терапевтический эффект. На этапе реабилитации показана бальнеотерапия. Целесообразно ограничивать применение медикаментозных средств в период последействия физиобальнеофакторов. Следует избегать назначения грязей, озокерита, парафина, сульфидных, хлоридных и натриевых вод, электрофореза кальция, так как они могут усиливать болевой синдром.

Широкое внедрение современных методов диагностики и эффективного лечения данной патологии позволяет улучшить качество жизни у обширного контингента гинекологических больных.

Варикозная болезнь вен малого таза

Одной из актуальных причин возникновения синдрома тазовой боли является варикозная болезнь вен малого таза (ВРВМТ) все еще остается недостаточно изученной проблемой, несмотря на то что в современной литературе приводятся несколько тысяч наблюдений успешной диагностики и лечения этого заболевания. Полиморфизм и неспецифичность клинических проявлений варикозной болезни вен малого таза обуславливают грубые диагностические ошибки, имеющие зачастую самые печальные последствия.

История вопроса. Одним из первых ученых, предположивших, что венозная система оказывает значительное влияние на формирова-



ние хронического болевого синдрома в нижних отделах живота у женщин, был русский врач В.Ф. Снегирев (1907). При обследовании таких пациенток он обратил внимание на растянутые кровью венозные тазовые сплетения в виде плотных болезненных опухолей — «плетор», поэтому боли при этом состоянии получили название «плеторических».

В 1954 г. J. Guilhem, разрабатывая методику тазовой флебографии, описал извитые и расширенные гонадные вены. Схожие изменения обнаружили шведские специалисты в 1965-1968 гг. Между тем, несмотря на очевидную варикозную трансформацию гонадных вен, никто из авторов не соотнес ее с симптомами нарушения оттока из вен малого таза.

Первое клиническое описание варикозной болезни вен малого таза появилось лишь в 1975 г. Был предложен диагностический алгоритм, включающий лапароскопию и рентгеноконтрастную флебографию; предпринята первая попытка хирургического вмешательства, которая заключалась в резекции широкой связки матки и проведении овариоэктомии. Отдаленные результаты этих операций были неутешительны.

Анатомо-физиологические особенности венозной системы малого таза. Вены промежности, как и все вены, подвержены гемодинамическим, воспалительным и гормональным влияниям, но широкие связки матки, поддерживающие и в норме обеспечивающие их полное раскрытие, могут оказывать и обратное действие, вызывая варикозное расширение вен. Дренаж вен промежности обеспечивается преимущественно маточными венами, впадающими в подчревную вену, снабженную клапанами (точно так же, как и общая подвздошная вена), и дополнительно через вены яичника (с частичным клапанным аппаратом), впадающие справа в нижнюю полую вену, а слева — в почечную вену. Маточно-влагалищные венозные сплетения и их ответвления анастомозируют с подчревными венами и венами яичника; через тазовые вены они соединяются также с венами половых губ, промежности, прямой кишки и заднего прохода.

Венозная система гениталий представляет собой канал, идущий к нижней полой и к левой почечной вене, который является очень важным, особенно в случае закупорки глубоких венозных стволов. Венозный отток из органов малого таза регулируется сосудосуживающим тонусом вен, изменением внутрибрюшного давления, артериальным давлением, торакоабдоминальной помпой и другими механизмами.

В связи с анатомическими и физиологическими особенностями расширение тазовых венозных сплетений может быть обусловлено двумя причинами:

- вследствие нарушения путей оттока венозной крови или из-за непроходимости какой-либо

вены яичника развивается варикозное расширение вен, свидетельствующее о наличии тазового венозного стаза;

- в случае закупорки венозного ствола развивается коллатеральное кровообращение, которое поддерживает необходимую активную циркуляцию крови в противовес нарушенному оттоку.

Любое повышение внутрисосудистого давления, не контролируемое венозным тонусом на уровне таза, может быть причиной варикозного расширения вен. Причинами венозного стаза могут быть:

- снижение давления на вены промежности;
- помеха венозному оттоку либо другая причина, влекущая за собой повышение внутрисосудистого давления: компрессия коллекторных стволов, в частности изменение положения матки (ретрофлексия — «загиб матки»);
- развитие дополнительных коллатералей (обструктивный «постфлебитический» синдром или врожденное недоразвитие венозной системы);
- отток в отсутствующую или непроходимую систему вен яичников;
- ранее невыявленный тазовый флебит;
- артериовенозная ангиодисплазия.

В процессе филогенеза венозная система малого таза возникла позже, чем артериальная, что предполагает ее более высокий уровень развития. Сосуды венозной сети в несколько раз длиннее артериальных сосудов и, соответственно, имеют большую емкость. Венозная система малого таза отличается высокими адаптационными свойствами и потенциальной возможностью морфологической перестройки, что обеспечивается наличием густой, обильно анастомозирующей сети венозных сосудов. Скорость и направление кровотока регулируют клапаны — внутриорганные структуры, способствующие уравниванию давления в различных отделах венозной системы.

Эпидемиология ВРВМТ. Распространенность ВРВМТ колеблется в широких пределах и составляет от 5,4 до 80%, что свидетельствует о неоднозначности диагностических и тактических подходов. Частота развития данной патологии обусловлена возрастом пациенток, локализацией процесса, а также наличием сопутствующей гинекологической патологии. Так, у девушек моложе 17 лет число случаев ВРВМТ составляет 19,4%, а в перименопаузе этот показатель возрастает до 80%. Наиболее часто регистрируется варикозное расширение вен яичников (в 80% случаев), тогда как варикозное расширение вен широкой связки матки встречается только у 1% женщин.

Этиология и патогенез. В настоящее время доказано, что ВРВМТ — проявление системного поражения соединительной ткани. Ведущей причиной этого заболевания является дисплазия



соединительной ткани (ДСТ) – нарушение развития органов и тканей в эмбриогенезе и в постнатальном периоде. Морфологическая основа ДСТ заключается в снижении содержания некоторых видов коллагена или нарушении соотношения между ними, что приводит к уменьшению прочности соединительной ткани. Внешним проявлением ДСТ служат так называемые стигмы дизэмбриогенеза, которые могут проявляться как явными уродствами, так и малозаметными признаками. К системным проявлениям ДСТ относят такие соматические заболевания, как варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой, вегетососудистая дистония, пролапс митрального клапана, гастродуоденит, нефроптоз, миопия, общий инфантилизм, паховая грыжа, грыжа Шморля. По данным литературы, до 35% практически здоровых людей имеют ДСТ, 70% из них – женщины. ДСТ считают мультифакторным заболеванием, основными причинами которого являются отягощенный перинатальный анамнез, тератогенное воздействие на плод, неблагоприятная экологическая обстановка.

К факторам риска, провоцирующим развитие ВРВМТ, относятся:

- условия труда (работа, связанная с длительным вынужденным стоячим или сидячим положением тела, тяжелый физический труд);
- coitus interruptus, сексуальная дисфункция (диспареуния и отсутствие оргазма);
- многочисленные беременности и роды;
- гинекологические заболевания (воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли яичников, пролапс гениталий, перегиб широкой связки матки вследствие ретрофлексии матки);
- нарушения менструального цикла и гиперэстрогения.

В последние годы обсуждается неблагоприятное влияние заместительной гормональной терапии и контрацепции.

В настоящее время выделяют два варианта течения ВРВМТ:

- варикозное расширение вен промежности и вульвы;
- синдром венозного полнокровия малого таза.

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

Клиническая картина. Основными клиническими проявлениями ВРВМТ являются боль в нижней части живота и повышенная секреция из половых путей. Боль может быть разнообразной по характеру, интенсивности, иррадиации. Наиболее характерна ноющая боль с иррадиацией в пояснично-крестцовую и паховую области. У 50% женщин болевой синдром усиливается в лютеиновой фазе менструального цикла. Физическая нагрузка, длительное вынужденное положение

тела (сидя или стоя), половое сношение могут провоцировать болевой синдром.

Характерными симптомами заболевания являются выраженный предменструальный синдром, дисменорея, болезненность и повышенная чувствительность в области промежности и вульвы.

Примерно у 50% пациенток обнаруживают варикозное расширение вен промежности, ягодичной области и наружной поверхности бедер. В ряде случаев отмечаются дизурические явления, связанные с полнокровием венозного сплетения мочевого пузыря.

Диагностика. При вагинальном исследовании у большинства женщин возможна болезненность при пальпации внутренних стенок малого таза, определяются тяжи и узелки вен, цианоз стенок влагалища.

«Золотым стандартом» в диагностике ВРВМТ является ультразвуковое исследование (УЗИ) венозной системы. При УЗИ варикозно расширенные вены определяются как чрезмерно извитые, червеобразные, анэхогенные структуры, проходящие по ребру матки. Варикозное расширение магистральных (внутренних подвздошных) вен обуславливает появление на эхограммах анэхогенных образований с нечеткими контурами, проходящих по внутренним стенкам таза.

Главным критерием флебостаза в органах малого таза является увеличение диаметра основных венозных коллекторов: маточных, яичниковых, внутренних подвздошных и дугообразных вен. Косвенным признаком выраженного флебостаза во внутренних половых органах служит появление в толще миометрия задней стенки матки расширенных внутриорганных (дугообразных) вен.

Допплерографическое исследование позволяет выявить снижение пиковой систолической скорости в маточных, яичниковых и внутренних подвздошных венах.

Ценность чрезматочной флебографии заключается в возможности оценить состояние венозной системы матки и придатков, установить функциональную способность клапанной системы, выявить особенности венозного кровотока на серийных флебограммах, определить месторасположение тромбов при тромбофлебитах и флеботромбозах, состояние венозных сплетений, изучить анатомо-топографические особенности ВРВМТ, оценить протяженность и состояние венозных анастомозов. Противопоказаниями к проведению исследования являются беременность и непереносимость йодсодержащих препаратов. Флебография – инвазивный метод исследования, поэтому применять ее следует при неэффективности ультразвуковых методов.

Лапароскопическое исследование большинство специалистов рассматривают в качестве обязательного компонента комплексного обследования больных с подозрением на ВРВМТ. Его проводят для дифференциальной диагностики и выявления



вероятной интеркуррентной патологии. Варикозные вены малого таза выявляют в области яичников, по ходу круглой и широкой связок матки в виде обширных синюшных конгломератов с истонченной и напряженной стенкой.

Селективная овариография является наиболее объективным методом диагностики. Ее выполняют путем ретроградного контрастирования гонадных вен после их селективной катетеризации через контрлатеральную бедренную или подключичную вену.

Компьютерную томографию (КТ) используют в случаях, требующих уточненной диагностики, и, прежде всего, для исключения другой патологии органов малого таза. КТ позволяет обнаружить конгломераты варикозных вен в широкой связке и вокруг матки, а также в яичниках. При усилении сигнала удается отчетливо визуализировать извитые, неравномерно расширенные гонадные вены.

Дифференциальная диагностика. Для многих врачей, незнакомых с особенностями варикозной болезни вен малого таза, ее диагностика является «клинической экзотикой». Сложность заключается в том, что заболевание часто протекает под маской воспалительного процесса во внутренних гениталиях, а обычная противовоспалительная терапия практически неэффективна. Полиморфизм клинических проявлений также маскирует ВРВМТ под эндометриоз, опущение внутренних половых органов, травматические невралгии после операций на органах малого таза, а также под некоторые экстрагенитальные заболевания: цистит, колит, болезнь Крона, пояснично-крестцовый радикулит, невралгию копчикового сплетения, даже патологию тазобедренного сустава.

Лечение. Этиологическим лечением ВРВМТ является устранение рефлюкса в гонадных венах, что может проводиться как хирургическим, так и консервативным методом.

Основные задачи патогенетического лечения заключаются в восстановлении венозного тонуса, улучшении гемодинамики и трофических процессов в органах малого таза. Симптоматическая терапия ВРВМТ направлена на устранение отдельных клинических проявлений заболевания: при болевом синдроме назначают НПВС, при маточных кровотечениях — гемостатическую терапию и т.д.

Комплексное лечение должно включать в себя лекарственную терапию и лечебную физкультуру, которая является базисным лечением и применяется с профилактической и противоречивой целью. Лекарственную терапию целесообразно назначать лишь в период обострения ВРВМТ.

В медикаментозной терапии ВРВМТ используются препараты различных фармакологических групп. В основном применяется сочетание одно-

го из венотропных препаратов с лекарственными средствами, обладающими антиагрегантными свойствами. Применение венотропных средств в комплексном лечении ВРВМТ может заметно варьировать. Можно использовать высокоэффективные поливалентные флеботоники, препараты для системной энзимотерапии. С целью нормализации реологических свойств крови в органах малого таза возможно применение метаболической терапии.

Сохранение болевого синдрома служит показанием к хирургическому вмешательству, основной целью которого является ликвидация патологического рефлюкса крови через расширенные гонадные вены. Оптимальным методом признана эмболизация яичниковых вен под контролем ангиографии (рентгенэндоваскулярная окклюзия). Для этого под местной анестезией через небольшой прокол бедренной вены в вену яичника вводят катетер толщиной 1 мм. Через него вводится склерозирующее вещество, которое облитерирует просвет яичниковой вены за 20-30 мин. В других случаях устанавливают эмболизационную спираль, которая также полностью перекрывает просвет сосуда. Эффективность эмболизации такая же, как и при хирургическом лечении, однако риск развития осложнений и рецидива заболевания значительно ниже.

Альтернативным методом является резекция гонадных вен с использованием забрюшинного или лапаротомного доступа либо клиппирование под контролем эндоскопа. Как дополнительный вариант лечения возможно использование пластики связочного аппарата матки, устраняющей ретрофлексию матки.

Флебэктомия в области промежности может быть проведена двумя способами. В первом случае выполняют дугообразный разрез по переходной складке больших половых губ. При их гипертрофии избыток кожи иссекают полумесяцем. Все обнаженные в подкожной клетчатке вены мобилизуют, пересекают между зажимами и лигируют. Накладывают внутрикожный съемный или рассасывающийся шов. Данный способ эффективен при выраженной варикозной трансформации вен промежности или при сочетании заболевания с гипертрофией больших половых губ. Второй вариант вмешательства предполагает выполнение минифлебэктомии по Вареди из отдельных проколов кожи по ходу переходной складки больших половых губ. Особенностью данной процедуры является необходимость лигирования пересеченных вен, так как добиться адекватного компрессионного гемостаза в этой области невозможно. В противном случае формируются обширные подкожные гематомы промежности и больших половых губ, которые рассасываются в течение нескольких месяцев и причиняют пациенткам физические страдания и психологический дискомфорт.



Профилактика рецидивов ВРВМТ. Профилактика подразумевает нормализацию условий труда и отдыха с исключением значительных физических нагрузок и длительного пребывания в вертикальном положении. Необходима коррекция рациона за счет включения в него большого количества овощей, фруктов и растительного масла, полный отказ от острой пищи, алкоголя и курения. Ежедневно рекомендуется восходящий контрастный душ на область промежности и комплекс разгрузочных упражнений, выполняемых в положении лежа («березка», «велосипед», «ножницы» и др.). Эвакуацию крови из венозных сплетений малого таза улучшает дыхательная гимнастика – медленные глубокие вдох и выдох с включением мышц передней брюшной стенки. Обязательным является ношение лечебных колготок II-го компрессионного класса, улучшающих отток крови из вен нижних конечностей, венозных сплетений промежности и ягодиц. Возможно профилактическое назначение венотоников курсами через 2-4 мес.

Критерии эффективности лечения ВРВМТ:

- купирование клинических симптомов ВРВМТ;
- уменьшение степени ВРВМТ и улучшение венозного дренирования (по данным дополнительных методов исследования);
- длительная ремиссия заболевания;
- улучшение качества жизни.

Осложнения. Наиболее частыми осложнениями варикозной болезни вен малого таза, связанными с нарушением венозного оттока, являются дисфункциональные маточные кровотечения, воспалительные заболевания матки и ее придатков, мочевого пузыря. На этом фоне возможно развитие воспаления и тромбоза варикозных вен малого таза. Тромбоэмболия легочной артерии, источником которой служат варикозно расширенные вены малого таза, считается казуистической.

Миофасциальный болевой синдром

Среди недиагностируемых причин ХТБ миофасциальный болевой синдром (МФС) занимает значительное место.

Патогенез МФС. Скелетная мускулатура значительно чаще является причиной болевых синдромов, чем это представлялось ранее. Сократительная мышечная ткань крайне подвержена «износу» в результате ежедневной активности. Недостаточное расслабление мышечного каркаса приводит к формированию локальных гипертонусов. В спазмированных мышечных волокнах изменяется перфузия и развивается гипоксия, сопровождающаяся выбросом медиаторов воспаления и активацией болевых рецепторов. С течением времени в зонах локальных гипертонусов формируются особые триггерные точки, содержащие множественные локусы сен-

ситизации, состоящие из одного или нескольких сенситизированных нервных окончаний. Клинически триггерная точка представляет собой участок повышенной чувствительности в пределах локального мышечного уплотнения, что проявляется резкой болезненностью при пальпации. Мышца, в которой сформировались одна и более триггерных точек, становится менее растяжимой, что обуславливает затрудненность и ограниченность движений с участием этой мышцы. Миофасциальные триггерные точки обуславливают различные по тяжести симптомы: от болезненного ограничения движения до мучительной боли.

Кроме того, МФС могут осложнять различные болевые феномены, например болезни висцеральных органов, суставов или позвоночного столба.

Основными причинами развития МФС являются:

- растяжение мышцы;
- прямой ушиб мышцы;
- повторная микротравматизация мышцы;
- полное перенапряжение мышцы;
- длительная иммобилизация мышц;
- переохлаждение мышцы;
- эмоциональный стресс.

МФС может развиваться у человека любого возраста, но чаще им страдают лица средних лет, ведущие сидячий образ жизни. Женщины более подвержены развитию МФС, чем мужчины. Избыточный вес, сидячий образ жизни, курение, тяжелая физическая работа, аномалии развития скелета, длительное пребывание в нефизиологической позе, неудачные, резкие повороты, длительные вибрации всего тела могут predispose к развитию МФС. Данная патология, затрагивающая мышцы тазового дна, встречается практически исключительно у женщин. В первую очередь это связано с анатомией женского тела и со структурными изменениями, происходящими в женском организме в течение репродуктивного периода.

Факторы, predisposing к развитию МФС в мышцах тазового дна

В период пубертата, после становления менархе таз девочки расширяется, ягодичные мышцы увеличиваются в объеме, происходит ротация бедер внутрь, приводящая к латеральному смещению коленной чашечки. Постоянная внутренняя ротация бедер может негативно влиять на тазовую диафрагму, что повышает риск развития спазма мышц тазового дна у женщины в будущем. Беременность или прибавка в весе повышают этот риск. В норме коленная чашечка выстоит за второй палец стопы, что обеспечивает сохранение устойчивого баланса при стоянии. У многих женщин из-за латеральной девиации надколенника уменьшается подвижность сустава, вследствие чего происходит уплощение свода стопы. Эти структурные изменения нижних конечностей



приводят к нарушению физиологического поддержания баланса при стоянии и к избыточным нагрузкам на мышцы тазового дна.

Связки у женщин более растяжимы, чем у мужчин, что является необходимым условием для сохранения стабильности суставов и обеспечения процесса физиологических родов. Но в то же время эта способность является предрасполагающим фактором в формировании дисфункции фасций и связок у женщин. Падение на ягодицы может привести к ограничению подвижности крестца и появлению тазовой боли из-за напряжения связочного аппарата мышц тазового дна.

У человека нижняя половина тела имеет большую массу, чем верхняя. Недостаточно развитая мускулатура и мышечная гипотония могут усугубить поясничный лордоз и усилить наклон таза вперед. Усиление поясничного лордоза также наблюдается в период беременности. Снижение уровня эстрогенов в период менопаузы является основным фактором нарушения физиологических изгибов позвоночника в пожилом возрасте. Изменение естественных изгибов позвоночника создает дополнительную нагрузку на мышечный каркас, особенно на мышцы тазового дна.

Клинические проявления МФС

Боль — основной клинический симптом МФС. Обычно это тупая боль, локализованная в глубине тканей. Она может возникать в покое или только при движениях; ее интенсивность варьирует от ощущения легкой тяжести до сильнейших и мучительных болей. Главная особенность миофасциальной боли — это ее локализация. Боль возникает в отдалении от триггерной точки или даже самой мышцы, ее вызвавшей. Однако диагностика МФС усложняется тем, что, как правило, болевая зона определяется не одним активным триггером, а несколькими, расположенными в смежных мышцах или мышцах-антагонистах. Вторичные триггеры закономерно формируются и в мышцах-синергистах, которые постоянно перегружены из-за снижения нагрузки на пораженную мышцу. Несмотря на «разрастание» болевой зоны с течением болезни, она остается асимметричной и практически не переходит на другую половину тела. Сенситивность активных триггеров постоянно варьирует, что клинически проявляется в колебании выраженности боли («хорошие» и «плохие» дни).

При пальпации пораженная мышца спазмирована и болезненна, кроме того, в ней определяются зоны еще большего болезненного уплотнения (локальные гипертонусы), находящиеся в непосредственной близости от триггерной точки. Локальные гипертонусы ощущаются как тугие (уплотненные) тяжи или узелки. Триггерная точка при пальпации ощущается как четко ограниченная область резкой болезненности. Обычно она выявляется вдоль какого-то одного тяжа как максимально болезненная точка. Нажатие пальцем на

активную точку может вызвать симптом «прыжка» — генерализованное вздрагивание больной. Важно, что давление на активный триггер вызывает или усиливает боль в зоне отраженной боли. Активное или пассивное растяжение пораженной мышцы усиливает боль, движение при этом ограничено. МФС может сформироваться в поперечно-полосатых мышцах любой локализации, и миофасциальные боли локализуются повсеместно от лица до голени.

Диагностика МФС мышц тазового дна

Диагностика осуществляется при интравагинальном пальцевом исследовании. Целенаправленное исследование мышц тазового дна у женщин, страдающих ХТБ, показало, что приблизительно в 35% случаев боль была обусловлена МФС. У 22% пациенток болезненный спазм и активные триггеры были обнаружены в мышце, поднимающей анус; у 14% — пораженной оказалась грушевидная мышца. Столь значительная распространенность МФС мышц тазового дна позволяет рекомендовать интравагинальное пальпаторное исследование мышц тазового дна каждой женщине, имеющей необъяснимые тазовые боли.

Факторы, способствующие хронизации МФС мышц тазового дна

В основе процесса перехода острой боли в хроническую лежит нейропластичность нервной системы. В первую очередь имеет значение продолжительность действия повреждающего фактора. При исчезновении фактора, вызвавшего мышечный спазм, триггерные точки могут самопроизвольно исчезнуть, при условии, что мышца находится в состоянии покоя в течение нескольких дней. Напротив, наличие предрасполагающих к спазму состояний и, главное, длительное сохранение воздействия первоначального повреждающего фактора способствуют формированию вторичных триггеров и увеличению зоны болевого синдрома. Повторная и продолжительная стимуляция болевых рецепторов приводит к гиперактивности систем, ответственных за формирование чувства боли. Адекватное и своевременное обезболивание (подавление первичного болевого сигнала) — высоконадежная защита от хронизации боли.

В хронизации тазовой боли у женщин, помимо общепринятых факторов риска, могут играть роль дополнительные специфические факторы, в частности микротравматизация нижнего гипогастрального нервного сплетения с развитием нейропатического компонента боли. Во время родов может наблюдаться микротравматизация и даже разрыв волокон нижнего гипогастрального нервного сплетения с последующими реиннервационными изменениями. Гистологическое исследование показало, что у рожавших женщин отмечается коллатеральный спрутинг и хаотичное распределение нервных волокон нижнего нервного сплетения. Другими причинами повреж-



дения волокон нервного сплетения являются оперативные гинекологические вмешательства, воспалительные заболевания органов малого таза. Поврежденное нервное волокно может спонтанно генерировать потенциалы действия, которые чрезмерно стимулируют структуры нервной системы, отвечающие за боль, что сопровождается появлением болевого синдрома при отсутствии периферического повреждающего фактора. Дополнительный нейропатический компонент боли усиливает и пролонгирует МФС.

Ощущение боли в ответ на один и тот же повреждающий стимул, как известно, подвержено чрезвычайной модификации у различных индивидуумов в основном за счет функционирования эндогенных систем, подавляющих боль. Антиноцицептивные системы представлены различными медиаторными трансмиссиями, ведущую роль среди которых играют эндогенные опиоиды, такие как β -эндорфин и динорфин, норадреналин, серотонин. Патогенез таких хронических болевых состояний, как хроническая головная боль напряжения, фибромиалгия, в настоящее время связывают с недостаточной активностью нисходящих антиноцицептивных систем, в результате чего происходит снижение болевого порога, в т.ч. болевого порога мышц и фасций.

Известно, что стресс, тревога, страх, депрессия делают человека более восприимчивым к боли. Например, клиницистам хорошо известна связь между депрессией и хронической болью, с нарастанием симптомов депрессии в популяции повышается распространенность хронических болевых синдромов. Оба нейромедиатора, серотонин и норадреналин, играют значительную роль как в модуляции настроения, так и в ощущении боли. Нарушения баланса серотонинергической и норадренергической медиации в головном мозге могут быть ассоциированы с депрессией. Возможно, что нарушение этого баланса может привести к интерпретации организмом обычных стимулов (физиологических «шумов»), которые подавляются в норме, как дискомфорт или даже боль. Это объясняет, почему боль неопределенного характера так часто беспокоит пациентов с депрессией. Восстановление баланса между серотонинергической и норадренергической медиацией может играть весьма важную роль в лечении широкого спектра эмоциональных и болевых симптомов.

МФС часто ассоциируется с повышенной тревожностью и депрессией. Возможно как провоцирование тревогой МФС, так и утяжеление и поддержание уже существующего МФС эмоциональными нарушениями. Показано, что пациентки, страдающие ХТБ, чаще, чем здоровые женщины, переживают такие психологически негативные события, как развод, семейные неурядицы, насилие, сексуальный абюзус. В развитии депрессии стресс играет особую роль: приводит

к нарастанию повышенной тревожности, которая сопровождается мышечным напряжением и, следовательно, может активировать триггерные точки. Мышцы могут сохранять спазмированное состояние и после прекращения воздействия стрессора.

Лечение МФС

Цель лечения заключается в длительной релаксации пораженной мышцы с «разрушением» триггерных точек. Релаксация в первую очередь достигается созданием покоя пораженным мышцам с исключением их активной работы и длительных позных перенапряжений. В специализированных центрах используются упражнения на растяжение мышц и мягкие миорелаксирующие техники. Постизометрическая релаксация – один из ведущих методов мышечной релаксации. Традиционный релаксирующий массаж также может быть эффективен.

Оправдано назначение миорелаксирующих препаратов. На фоне приема миорелаксантов облегчается проведение постизометрической релаксации мышц, массажа, лечебной физкультуры. Доказано, что использование миорелаксантов позволяет избавить мышцу не только от активных, но и от латентных триггерных точек, т.е. улучшает отдаленный прогноз, снижая вероятность рецидивирования МФС.

Сроки терапии существенно уменьшаются при быстром и эффективном обезболивании пациента. Общепризнанным для МФС является назначение с этой целью НПВС. Практически стандартной стала комбинация НПВС и миорелаксантов при лечении МФС, позволяющая сократить сроки лечения. Кроме того, одновременное применение миорелаксантов и НПВС позволяет снизить дозу последних и, следовательно, уменьшить их побочные эффекты. Конечно, при выборе НПВС имеет значение сила и скорость развития анальгетического эффекта. Но немаловажным фактором, влияющим на выбор лекарственного средства, остаются побочные эффекты. Поэтому приоритетное положение в обезболивании завоевали НПВС – преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ-2, практически не вызывающие гастропатий. Также важную роль играет наличие у препарата различных лекарственных форм. Длительность лечения определяется индивидуально, однако прием препарата продолжают в течение всего периода сохранения болевого синдрома.

Терапевтическая тактика полностью зависит от выраженности болевого синдрома, его продолжительности. При тяжелых формах МФС используют комбинированное лечение, сочетая фармакологические и нефармакологические методы. Наличие у больной симптомов депрессии и/или хронизации боли является показанием к дополнительному назначению психотропных средств. При лечении хронического болевого синдрома



приоритетное значение имеют антидепрессанты, значительная эффективность которых подтверждает патогенетическую общность хронической боли и депрессии. Считается, что эффективность антидепрессантов тем выше, чем большую роль в хронической боли играет депрессия. Однако противоболевой эффект достигается не только в связи с редукцией собственно депрессивной симптоматики. Не меньшее значение имеет стимулирующее влияние антидепрессантов на серотонинергические и норадренергические антиноцицептивные системы. Поэтому невропатолог может назначать антидепрессанты больным, страдающим ХТБ, независимо от того, сопровождается боль депрессией или нет. Собственно хроническая боль, независимо от первоначальной причины ее развития (органическая или психогенная), становится показанием для применения антидепрессантов.

Однако противоболевой эффект различных антидепрессантов неодинаков. Патогенетически наиболее оправдано, по мнению невропатологов, использовать для лечения болевых симптомов антидепрессанты, воздействующие на обе нейромедиаторные системы (серотонинергическую и норадренергическую). Действительно, трициклические антидепрессанты (ТЦА), блокирующие обратный захват серотонина и норадреналина, обладают некоторыми потенциальными возможностями по сравнению с селективными антидепрессантами. ТЦА успешнее воздействуют на болевые симптомы и приводят к более полноценной ремиссии депрессии. Новый класс антидепрессантов – антидепрессанты двойного действия, блокирующие обратный захват серотонина и норадреналина, – обладают высокой анальгетической эффективностью и более благоприятным спектром побочных эффектов по сравнению с ТЦА.

Купирование болевого синдрома не всегда означает полное исцеление больной, так как могут сохраняться латентные триггерные точки. Избегание позного напряжения, ежедневные занятия лечебной физкультурой, владение техникой аутогенной тренировки с умением расслаблять мышцы – эффективная защита против рецидивов МФС.

Литература

1. Анальгетическая терапия хронической тазовой боли в гинекологической практике // Меди-

цинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 3 (12). – С. 32-34.

2. Ананьева Л. Рациональна терапія болю – комбінація анальгетиків // Ліки України. – 2005. – № 2 (91). – С. 81-82.

3. Венцківський Б.М. Больвовий синдром у гінекології: від етіології до лікування // Медичинські аспекти здоров'я жінки. – 2008. – № 3 (12). – С. 29-31.

4. Воробьев О.В. Мышечно-скелетные причины хронической тазовой боли у женщин // Российский вестник акушерства и гинекологии. – 2006. – № 4. – С. 4-8.

5. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты). – Д.: Лира ЛТД, 2008. – С. 343-362.

6. Зозуля І.С. Застосування сучасних знеболювальних препаратів // Здоров'я України. – 2007. – № 6 (163). – С. 35.

7. Ивахненко Н.Т., Плотникова В.Н. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов в гинекологической практике // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 1 (35). – С. 136-138.

8. Лахно И.В. Хроническая тазовая боль в практике гинеколога (обзор) // Медицина неотложных состояний. – 2006. – № 1 (2). – С. 10-13.

9. Международная классификация болезней: 10-й пересмотр. – СПб, 1994. – 303 с.

10. Савицкий П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. – СПб.: Элби, 2000.

11. Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В. Комплексна терапія постзапального синдрому хронічного тазового болю // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 1 (35). – С. 166-168.

12. Филатова Е.Г., Вейн А.М. Фармакология боли // Русский медицинский журнал. – 1999. – Т. 7, № 9. – С. 410-419.

13. Чернуха Л.М. Проблема хронической венозной недостаточности – проблема хирургическая? // Здоров'я України. – 2006. – № 19 (152). – С. 9.

14. Gambone J.C., Mittman B.S., Munro M.G. et al. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process // Fertil. Steril. – 2002. – V. 78. – P. 961-972.