

**СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН  
В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ****Г. С. Каримова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** тазовая боль, функции организма, женская проблема, качество жизни, социальный статус.

**Tayanch soʻzlar:** chanoq ogʻriqlari, organism vazifalari, ayol muammosi, hayot sifati, ijtimoiy oʻrin.

**Key words:** pelvic pain, body functions, female problem, quality of life, social status.

Хроническая боль (ХТБ) – это боль в области таза, продолжающаяся в течение 6 месяцев и более. Среди локализованных болей именно тазовая боль обнаруживает максимальные гендерные различия, что позволяет рассматривать ее как исключительно женскую проблему.

**GINEKOLOGIK AMALIYOTDA AYOLLARDAGI SURUNKALI CHANOQDAGI OGʻRIGʻI SINDROMI****G. S. Karimova**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, Oʻzbekiston

Surukali chanoq ogʻriqlari (SCO) – bu 6 oy davomida va undan uzoq muddat davom etadigan chanoq sohasidagi ogʻriqlardir. Mahalliy ogʻriqlar ichida, ayniqsa chanoq ogʻriqlari maksimal darajadagi gender farqlanishga ega boʻlgani uchun, aynan uni faqat ayollar muammosi deb qarash mumkin.

**CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME IN WOMEN WITHIN GYNECOLOGICAL PRACTICE****G. S. Karimova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Chronic pain (CPP) is pain in the pelvic region that lasts for 6 months or more. Among localized pains, it is pelvic pain that reveals the maximum gender differences, which makes it possible to consider it as an exclusively female problem.

**Актуальность.** Одной из значимых проблем современности является синдром хронической тазовой боли (СХТБ), который представляет собой многофакторное патологическое состояние, его симптомы могут наблюдаться в разной степени выраженности и в различных сочетаниях, создавая значительные сложности в диагностике. Синдром хронической тазовой боли – это длительно существующая (свыше 6 месяцев), трудно поддающаяся лечению тазовая боль, дезорганизующая центральные механизмы регуляции важнейших функций организма женщины, изменяющая психику и поведение [1]. Хроническая тазовая боль является сложным инвалидизирующим клиническим состоянием, которое встречается у около 26 % всего женского населения и вызывается дегенерацией, повреждением или дисфункцией нервной системы. В настоящее время от 4 до 25 % женщин, независимо от возраста, этнической принадлежности и социального статуса страдает СХТБ. Примерно у 2 % пациенток выявить объективную причину развития синдрома не удается. Хроническая тазовая боль снижает качество жизни женщин сразу в нескольких сферах, вызывая функциональные нарушения, психосоциальные расстройства, сексуальную дисфункцию [2]. Свыше 60 % женщин в течение одного года обращаются за помощью к акушер-гинекологу по поводу тазовых болей. По данным ВОЗ, хроническая тазовая боль в среднем, в мире наблюдается у 15 % женщин репродуктивного возраста и является причиной каждого десятого обращения к гинекологу. Синдром чаще диагностируют у женщин репродуктивного и предменопаузального возраста и у эмоциональных женщин, склонных к тревожности и ипохондрии [3]. В основе развития процесса лежат воспалительные процессы в малом тазу. Метаболические, дистрофические и гемодинамические изменения в тканях провоцируют дисбаланс между веществами, которые активируют и подавляют воспаление. В результате этого в периферических нервных окончаниях симпатической нервной системы развиваются стойкие функциональные нарушения, а в центральную нервную систему посылаются чрезмерное количество патологических импульсов. В спинном мозге также происходят нарушения, повышается чувствительность структур. Даже небольшие импульсы воспринимаются как болевые [4].

Хроническая тазовая боль значительно чаще наблюдается при гинекологической патологии (73,1 %) или экстрагенитальных заболеваниях (21,9 %), чем самостоятельная

нозологическая единица (1,5 %), при психических нарушениях (1,1 %). Этиологическая и патогенетическая многофакторность, резистентность к лечению делает хроническую тазовую боль крайне актуальной междисциплинарной проблемой. Провокаторами синдрома хронической тазовой боли у женщин могут быть заболевания половых органов воспалительной природы (особенно при сочетании с варикозным расширением вен малого таза в 37-40 % случаев и эндометриозом в 20-25 % случаев), патология мочевыделительной системы, внутриматочные синехии, первичная дисменорея, аномалии развития и неправильные положения женских половых органов, пролапс гениталий, овуляторная боль, новообразования в малом тазу, эндометриоз, варикозная болезнь малого таза, травмы половых органов в родах и операциях, заболевания кишечного происхождения (синдром опущения тазового дна, аноректальный спазм), заболевания позвоночного столба, тяжелый физический труд, частый половой контакт [5].

Тазовые боли – это боли в нижнем отделе живота, в надлобковой и подвздошной области таза, крестце или пояснице, в паху, промежности. Неприятные ощущения и боль усиливаются в связи с динамическими воздействиями, охлаждением, обострениями заболеваний внутренних органов, при акте дефекации, при смене положения, при предменструальном и менструальном периодах. В результате постоянных болей появляются нервное и эмоциональное истощение, ухудшается работоспособность, теряется интерес к жизни [6]. Важно учитывать, что в области таза у женщин располагаются не только органы репродуктивной системы. Здесь также находится периферическая нервная система, сосуды, мышцы и фасции, передняя брюшная стенка и тазовое дно, и поэтому СХТБ включает огромное множество заболеваний со стороны всех этих систем.

**Цель исследования:** Проведение анализа причин синдрома хронической тазовой боли у женщин и методов диагностики при данной патологии.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 190 больных в гинекологическом отделении в возрасте от 25 до 50 лет за период 2018-2021 годы. У находившихся в стационаре больных женщин наряду с гинекологическими заболеваниями, наблюдались и симптомы хронической тазовой боли различной интенсивности. Из обследуемых 181 (95 %) женщин были рожавшие, 9 (5 %) нерожавшие, но у которых были беременности. В акушерском и гинекологическом анамнезе женщин выявлены следующие: у 49 (25,7 %) женщин наблюдалась отягощенность акушерского и гинекологического анамнеза т.е. роды с осложнениями (травмы родовых путей, слабость родовой деятельности, длительные роды со стимуляцией, роды крупным плодом, послеродовые септические осложнения) у 26 (13,6 %), операция кесарева сечения у 39 (20,5 %) - от 1 до 4 операций, выкидыши у 29 (15,2 %), у 31 (16,3 %) аборт, острые и хронические воспалительные процессы матки и придатков с обострениями у 83 (43,6 %), гинекологические лапаротомические операции у 21 (11 %), спаечный процесс органов малого таза у 7 (3,7 %) различной степени, у 3 (1,5 %), аномалии расположения половых органов у 8 (4,2 %), аномалии развития половых органов у 1 (0,5 %). С целью диагностики всем женщинам применялись как общеклинические, так и специальные методы обследования в гинекологии.

Причины, вызвавшие хронические тазовые боли, выяснялись на основании общих и специальных клинических и инструментальных методов исследования, иногда во время операций, а также в постановке диагноза принимали участие и смежные специалисты: уролог, хирург, проктолог, невролог, гастроэнтеролог, ортопед, психолог и другие специалисты.

**Результаты и их обсуждения.** В ходе обследования данной категории больных средний возраст женщин составил 37,5 лет. Из них 131 (69 %) жительницы сельской местности и 59 (31 %) жительницы города. У женщин среди причин обращения в стационар были и жалобы на длительно существующие боли в области таза, влагалища, наружных половых органов, промежности, копчика, в паху, над лоном, нарушения сексуальной жизни, вагинизм. По результатам обследования этих женщин выявлено, что острые и хронические воспалительные процессы матки и придатков (особую группу представляли пациентки, у которых воспалительный процесс протекал на фоне эндометриоза) у 119 (62,6 %), эндометриоз матки у 20 (10,5 %), миома матки у 18 (9,4 %), аномалии расположения матки

(приобретенные) у 9 (4,7 %), аномалии развития внутренних половых органов (седловидная матка) у 1 (0,5 %), доброкачественные опухоли яичников у 10 (5,2 %), спаечный процесс в малом тазу у 9 (4,7 %), внутриматочная спираль у 12 (6,2 %), злокачественные новообразования шейки матки у 1 (0,5 %). Кроме заболеваний гениталий женщины имели признаки сочетанных патологических состояний, связанных с соседними органами: заболевания мочевыводящих путей: хронический пиелонефрит, гидронефроз, нефроптоз выявлен у 12 больных, хроническим циститом—10 женщин, а мочекаменную болезнь имели 3, варикозной болезнью внутренних половых органов—21, геморроем—13, проблемами кишечника страдали 9 женщин, остеохондрозом и грыжей позвоночного столба страдали 5 женщин, у 32 отмечались психоэмоциональные расстройства. Нужно подчеркнуть, что в ходе изучения у некоторых пациенток обнаружилось сразу несколько заболеваний—у 57 (30 %), т.е. сочетанные причины, которые привели к тазовой боли. Универсального алгоритма для обследования пациенток с СХТБ не существует. Диагностика планировалась индивидуально, с учетом жалоб, анамнеза женщины, объективных данных, специальных и дополнительных методов диагностики. Для диагностики СХТБ проводились следующие методы исследования: гинекологический наружный и внутренний осмотр и лабораторный этап обследования проводился для оценки состояния организма и функционирования всех систем, УЗИ органов малого таза также проведен всем женщинам 190 (100 %), гистеросальпингография—7 (8,9 %), анализы на мочеполовые инфекции—54 (28,4 %), урография—9 (4,7 %), гистеросальпингография—10 (5,2 %), гистероскопия—5 (2,6 %), цистоскопия—7 (3,6 %), колоноскопия—11 (5,7 %), диагностическая лапароскопия—5 (2,6 %), МРТ—4 (2,6 %), МСКТ—1 (0,5 %). Смежными специалистами по поводу тазовых болей осмотрены 84 больных, в результате по сумме признаков установлен синдром хронической тазовой боли. Больные получили комплексное симультантное лечение, в которое в первую очередь входила стандартная терапия основного заболевания, далее коррекцию гормонального фона, средства, улучшающие микроциркуляцию, иммунокорректоры, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, введение анестезирующих препаратов, психотерапию.

**Выводы:** Таким образом, синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является актуальной мультидисциплинарной проблемой современности, решение которой требует участия многих специалистов. Наши исследования показали, что причинами хронической тазовой боли чаще всего являлись симультанные причины, т.е. воспалительные процессы органов малого таза, эндометриоз матки, миома матки, аномалии расположения матки, спаечный процесс органов малого таза, опущение стенок влагалища и матки и другие, сочетались с такими патологиями, как варикозная болезнь органов малого таза, хронический цистит и мочекаменная болезнь, геморрой, проктит, энтероколит, остеохондроз поясничной области и крестца, грыжи позвоночного столба.

#### Использованная литература:

1. Д. Н. Абдуллаев, Л. С. Абдуллаева Влияние токсоплазменной инфекции на акушерскую и гинекологическую патологию // Вестник врача, № 3, 2019. С.6-8.
2. Ф. И. Ганиев, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким Хирургическая лечебная тактика при сочетанной гинекологической и хирургической патологии // Вестник врача, № 1 (98), 2021. С.21-26. DOI: 10.38095/2181-466X-2021981-21-26.
3. Гинекология. Учебник / под ред. В.Е.Радзинского, А.М.Фукса. 2-изд. Перер. и доп. М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. Стр 1100-1104 с.
4. Диагностика и лечение тазовой боли. А.Н.Баринов. Медицинский совет. 2015 г. № 10.
5. Зиганшин А.М., Назмутдинова Р.Р., Нуртдинова И.Г., Ландо Е.И. Хроническая тазовая боль – Междисциплинарная проблема // Современные проблемы науки и образования – 2019. - №6.
6. Ю. К. Мирзаева, А. Ш. Холмуродова, Р. Б. Солиева Патологические состояния шейки матки у пациенток с гинекологическими заболеваниями // Вестник врача, № 1 (102), 2022. С.137-141. DOI: 10.38095/2181-466X-20221032-137-141.
7. Р. Д. Мустафин, Ш. К. Пардаев Оптимизация анестезиологического пособия при гинекологических операциях // Вестник врача, № 1, 2019. С.85-91.

8. Национальное руководство. Под ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский, И. Б. Манухин 2-издание перераб. и допол. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 116-124 с.
9. Петрос П. Женское тазовое дно. М: МЕДпресс-информ, 2016. 396 с.
10. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Костин И.Н. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике // Доктор РУ. 2019. №7 (162). С. 30-35 DOI: 10/31550\1727-2378 2019-167-30-35.
11. М. М. Рахматуллаева, Н. О. Нурханова Роль дисбиоза влагалища в развитии послеоперационных осложнений в гинекологической практике // Вестник врача, № 3 (95), 2020. С.153-157. DOI: 10.38095/2181-466X-2020953-153-157.
12. Хроническая тазовая боль – женская проблема И.В.Кузнецова. ФГАОУ ВО МГМУ им. Сеченова Гинекология; 2017 г 19(3): 62-679.
13. Хронический тазовый болевой синдром. От нового в понимании этиопатогенеза к новому в диагностике и терапии. Клиническая лекция / М.Р.Оразов, Х.Ю.Симоновская, Т.С.Рябинкина / под редак. В.Е.Радзинского. М: Журнал Статус Пресенс, 2016 с. 24 стр.
14. Хроническая неспецифическая тазовая боль у женщин: мультидисциплинарная проблема (обзор). 2017 \ Есин Р.Г., Федоренко А.И., Горобец Е.А.
15. Хроническая тазовая боль. Версии, контрарверсии, перспективы. Руководство. Под редакцией В.Е.Радзинского, М.Р.Оразова М. Status Praesens. 2022.
16. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных. Акушерство гинекология: новости, мнения, обучения. 2016; 2(12): 82-84.
17. Чичасова Н.В., Алексеева Л.И., Бадюкин В.В., Шостак Н.А. Опыт применения неомыляемых соединений. Русский медицинский журнал. 2014. 22. 7: 524-531.
18. DanielsJP, KhanKS; Chronikpelvicpaininwomen. BMJ/ 2010 Okt. 5; 341: 4834. Doi: 10/1136\bmj / с 4834.
19. Graziottin A, Gambini D, Bertolasi L. Genital and sexual pain in woman // HandbClin Neurol. 2015. Vol. 130. P. 395-412.