

ОБЗОРЫ

© Репина Н.Б., Бен Салха М., 2016  
УДК: 618.132 – 007.274

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В МАЛОМ ТАЗУ,  
ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ И РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ  
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ЕГО РАЗВИТИИ**

*Н.Б. Репина, М. Бен Салха*

Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

**В статье описаны распространенность, диагностика синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) и его негативное отражение на качество жизни пациенток. Тазовые перитонеальные спайки являются одной из самых важных причин СХТБ (17%). Механизмы возникновения спаек в брюшной полости и реакции брюшины на действие различных раздражителей не до конца раскрыты, но склонность к формированию спаек является одним из вариантов проявления недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани.**

**Ключевые слова:** синдром хронической тазовой боли, перитонеальные спайки, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является одной из основных медико-социальных проблем, существенно снижающих качество жизни пациентов [14]. СХТБ – одна из наиболее распространенных причин обращения к врачу, в нем объединяются сразу 3-4 и более разнородных расстройств [8], на его долю приходится 20% от всех амбулаторных посещений [1, 5, 16].

По данным последних популяционных исследований, проведенных в европейских странах (Германии, Франции, Испании, Великобритании), установлено, что СХТБ страдает 3,8% женщин [13, 15]. Хронические тазовые боли испытывают 4,7% жительниц США, от 68 до 75% – это женщины репродуктивного возраста с 18 до 40 лет [4, 17, 18]. В Новой Зеландии распространенность синдрома хронической тазовой боли у женщин составляет 25,4%. В России СХТБ в 73% случаев рассматривают как симптом гинекологических заболеваний, в 22% – экстрагениталь-

ных, в 1% – психических нарушений, в 1,5% случаев он имеет самостоятельное нозологическое значение [7].

По мнению Т.Ф. Татарчук, «синдром хронических тазовых болей — это полиэтиологическая патология, в патогенезе развития которой имеют место как центральные, так и периферические нарушения, составляющие так называемый «порочный круг» (рис. 1).

По данным Международной ассоциации по изучению боли, хронической принято считать боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления и длится не менее трех месяцев, а в соответствии с критериями принятой в США многоосевой нозологической системы DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - Руководство по диагностике и статистике психических расстройств), понятие «хронической боли» используется для обозначения болевого синдрома, который длится более шести месяцев.



Рис. 1 «Порочный круг» синдрома хронических тазовых болей

Длительная боль приводит к снижению физического, социального, сексуального функционирования больных и развитию эмоционально-аффективных расстройств, что крайне негативно отражается на качестве жизни этих пациенток.

Несвоевременно проведенная диагностика и нерациональное лечение ведут к усилению болей и нарастанию выраженности психоэмоциональных нарушений.

Обращает на себя внимание отсутствие единого мнения о четко определенной дифференцированной лечебной тактике при ХТБ. Также обсуждается вопрос: являются ли выявляемые у пациенток с ХТБ психические нарушения причиной или следствием гинекологической патологии.

Исследование и оценка индивидуальных психовегетативных расстройств (ПВР) (табл. 1), а также оценка семейной и социальной адаптации больных с ХТБ дают возможность значительно дополнить диагностику этого заболевания, выработать индивидуальную терапию и адекватно оценить результаты лечения.

Лечение хронической тазовой боли является сложной задачей, так как, несмотря на мероприятия с участием хирургии, многие женщины остаются с болевым синдромом без четкой гинекологической диагностики [11].

Из основных причин возникновения ХТБ выявляются: хроническое воспаление и хирургические вмешательства, сопровождающиеся образованием тазовых перитонеальных спаек.

Спаечный процесс в малом тазу – это «цена адаптации» организма в ответ на воздействие раздражителя, сила которого превышает пределы нормы. При этом адаптивные возможности организма различные и определяются генетически [2]. Хорошо известны основные факторы, приводящие к образованию спаек в малом тазу. К ним относятся: предшествующие операции на органах брюшной полости и малого таза (лапаротомия, лапароскопия), воспалительные заболевания придатков матки, наружный генитальный эндометриоз.

Таблица 1

**Схема дифференциальной диагностики между СХТБ («боль-болезнь») и тазовыми болями органического происхождения («боль-симптом») [5]**

<b>Синдром хронических тазовых болей</b>	<b>Тазовые боли органического происхождения</b>
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
Боли иррадиируют в прямую кишку, верхнюю половину влагалища, внутреннюю поверхность бедер, брюшную полость, в грудную клетку и шею (слева)	Боли иррадиируют в паховые области, бедра, реже в область прямой кишки, почти никогда в верхние отделы живота, грудную клетку и шею
Регулярное развитие провоцируемых болевых кризов — разлитых абдоминальных болей	Картина усиления болей, 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 «-» )
При обострении экстрагенитальных алгических синдромов тазовые боли усиливаются	При обострении экстрагенитальных алгических синдромов тазовые боли ослабевают
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 текущих вегетопатий выявляются практически у всех больных	Различные варианты вегетопатий выявляются у сравнительно значительного количества больных с тяжелой гинекологической патологией
Зоны гипералгезии и гипертермии на передней брюшной стенке, пояснице и крестце много шире, чем обычная локализация отраженных болей от гениталий (зоны Геда)	Зоны гипералгезии на передней брюшной стенке и пояснице соответствуют зонам Геда, связанным с внутренними гениталиями
Большинство физиотерапевтических процедур вызывает обострение болей	Рациональное использование физиотерапии оказывает значительный лечебный эффект
Данные рутинного гинекологического обследования (осмотр, пальпация и т. д.) не позволяют врачу уверенно связывать хронические тазовые боли с выявленной патологией; очень часто при обычном исследовании «явная» гинекологическая патология не выявляется, и он «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 хроническими тазовыми болями

Достаточно высокая распространенность травм и оперативных вмешательств (в том числе – малоинвазивных) в современном мире, активное акушерство, равно как и неуклонный рост числа хронических заболеваний органов брюшной полости

приводит к тому, что мы вправе ожидать спайкообразования в течение жизни почти у 40% людей [9]. Хотя в большинстве случаев образовавшиеся спайки ведут себя очень спокойно, функция органов брюшной полости компенсирована, тем не ме-

нее, спаечный процесс часто становится причиной болевого синдрома, кишечной непроходимости, женского бесплодия [10].

Изучению механизмов возникновения спаек в брюшной полости и реакции брюшины на действие различных раздражителей посвящено много исследований. На основании результатов этих и других исследований высказан ряд гипотез об участии сосудистых реакций, различных белковых субстратов и клеточных элементов, а также тканевых гормонов в образовании спаек [9], так как выявляется статистически значимое повышение пролиферативного индекса (Ki67), пролиферативной плотности микрососудов (МУЭ), экспрессии СЭФР А и ФРФ-2 в сосудах спаек малого таза; при этом наиболее высокий уровень этих маркеров наблюдается при умеренных и тяжелых формах спаечного процесса.

В последнее время считается, что образование спаек связано с повреждением не серозной мембраны (брюшины), а сосудов подлежащих тканей. Если ранее обязательным считалось проведение перитонизации, то сегодня ряд авторов склоняются к тому, что это не всегда целесообразно, поскольку увеличение гипоксии брюшины и повреждение сосудов могут привести к повышению спайкообразования.

Согласно оригинальным данным, гистопатологическая структура спаек представлена мононуклеарными клетками, фибробластами, адипоцитами, эндотелиальными клетками сосудов, а также коллагеновыми волокнами. Данные компоненты спаек находятся в определенном соотношении. В литературе представлены также данные о том, что фибробласты спаек имеют определенный фенотип. По сравнению с нормальными фибробластами в них регистрируется повышенный уровень коллагена I, фибронектина, матриксной металлопротеиназы-1, тканевой металлопротеиназы-1, интерлейкина-10 и сниженный уровень тканевого плазминогена.

Не исключено, что склонность к формированию спаек, являясь одним из вариантов недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани (НДСТ), является генофенотипически обусловленной.

НДСТ - генетически гетерогенная группа без четких клинко-генеалогических критериев с различным набором фенотипических и клинических симптомов [6].

Для оценки вовлечения той или иной системы используются критерии, изложенные в соответствующей модифицированной оценке НДСТ: шкала Т.Е. Кадуриной (2009) (табл. 2).

Таблица 2

**Шкала Т.Е. Кадуриной**

ПРИЗНАКИ	БАЛЛЫ	ПРИЗНАКИ	БАЛЛЫ
Астигматизм	1	Отслойка сетчатки	6
Варикозное расширение вен матки	3	Плоскостопие	3
Варикозное расширение вен нижних конечностей	3	Пролапс митрального клапана	1-6
Варикозное расширение сосудов малого таза	3	Сколиоз	3-6
Гиперэластичная кожа	3	Тонкие волосы	2
Дискинезия желчевыводящих путей		Хронический гастродуоденит	3
Кариес зубов	2	Хронический эзофагит, колит	3
Келоидные рубцы	2	Ювенильный остеохондроз	3
Ломкие волосы	2	Эктопия шейки матки	1
Ломкие ногти	2	Две и более неразвивающиеся беременности	2
Миопия разной степени тяжести	2-6	Преждевременные роды в анамнезе	1
Мягкие ногти	2	Угроза прерывания беременности в анамнезе	1
Мягкие уши	2	Токсикоз в данную беременность	1
Нарушение прикуса	2	Угроза прерывания в I триместре данной беременности	1

Исследования полиморфизма генов как фактора генетической предрасположенности к различным заболеваниям человека (включая НДСТ и СХТБ) открывают новые горизонты в выявлении групп риска и выборе наиболее оптимальной терапии для каждого пациента, так как генетика - «прорывная» наука, в которой постоянно происходит что-то новое, делаются открытия в плане диагностики и лечения [5].

В будущем можно ожидать появление превентивных методов коррекции предрасположенности к широкому спектру заболеваний. Подобный подход будет, по-видимому, связан с генной терапией, которая позволяет проводить манипуляции на генетическом аппарате клетки. Несмотря на определенную отрывочность наших знаний о генетической предрасположенности к заболеваниям, подобные исследования необходимы и лягут в основу качественного прорыва в области биомедицины.

### Заключение

Таким образом, тазовые перитонеальные спайки являются одной из самых важных причин синдрома хронической тазовой боли (17%). Механизмы возникновения спаек в брюшной полости и реакции брюшины на действие различных раздражителей не до конца раскрыты, но склонность к формированию спаек является одним из вариантов проявления недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани.

### Литература

1. Гаджиева З.К. Особенности подхода к диагностике и лечению рецидивирующих инфекций нижних мочевыводящих путей // Урология. – 2013. – №3. – С. 84-90.
2. Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д. Тазовые перитонеальные спайки (этиология, патогенез, диагностика, профилактика). – М.: МИА, 2013. – 168 с.
3. Григорьева Е.Е. Зарубежная наука // Мед.вестник. – 2014. – №27(676). – С.22.
4. Коваленко М.С., Ефремова М.Г., Окорочкова Ю.В. Особенности течения беременности и родоразрешения первородящих критических возрастных групп // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – №1. – С. 94-99.
5. Манухин И.Б., Прохорова М.В., Геворкян М.А., Смирнова С.О. Эффективность лечения хронической тазовой боли у пациенток с наружным генитальным эндометриозом в зависимости от уровня метаболитов эстрогенов // Гинекология. – 2013. – №4. – С. 16-18.
6. Михеев А.В., Трушин С.Н. Баскевич М.А. Фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани при первичном спонтанном пневмотораксе // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – №4. – С. 113-116.
7. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом, синдром и диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 736 с.
8. Самородская И.В., Рылов А.Л. Хроническая тазовая боль // Мед. вестник. – 2014. – №30 (679). – С. 9-10.
9. Basbug M., Bulbuler N., Camci C., Ayten R., Aygen E., Ozercan I.H. et al. The Effect of Antivascular Endothelial Growth Factor on the Development of Adhesion Formation in Laparotomized Rats: Experimental Study // Gastroenterology Research and Practice Volume 2011 (2011), Article ID 578691, 8 p. – URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/578691>
10. Brokelman W. J. A., Lensvelt M., Borel Rinkes I. H. M., Klinkenbijn J. H. G., Reijnen M. M. P. J. Peritoneal changes due to laparoscopic surgery // Surg. Endosc. – 2011. – Vol. 25, №1. – P. 1-9.
11. Cheong Y.C., Smotra G., Williams A.C. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain // Cochrane Database Syst Rev. – 2014. CD008797.
12. Diamond M.P., Wexner S.D., di Zereg G.S., Korell M., Zmora O., Van Goor H. et al. Adhesion prevention and reduction: current status and future recommendations