

Дифференциальная диагностика хронических тазовых болей у женщин. Новый взгляд - варикозная болезнь вен малого таза

Черкашин М.А., Мурватов К.Д.

Хронические тазовые боли (ХТБ) представляют серьезную проблему. По данным различных авторов, около 30% **женщин** страдают нециклическими **тазовыми болями**, продолжающимися **более 6** месяцев [9, 10]. Несмотря на **наибольшее** число публикаций по данной тематике, единого **взгляда** на вопросы **диагностики** и лечения ХТБ до сих пор нет, а в 30-60% случаев причина **хронических тазовых болей** остается невыявленной [8, 11]. Зачастую больные с ХТБ длительное время и безуспешно лечатся по поводу различной гинекологической патологии. Вместе с тем причинами **хронических тазовых болей** могут являться: эндометриоз, миома матки, **тазовое венозное** полнокровие, урологические заболевания, синдром раздраженного кишечника и т.д. [5, 6].

Наиболее частой причиной ХТБ по данным разных авторов, является **тазовое венозное** полнокровие (37-40%), второй по встречаемости - эндометриоз (20-25%), на третьем месте - **хронический** сальпингоофорит (10-15%), затем миома матки (10-12%), в остальных случаях - кистозные изменения яичников (5-6%) и альгодисменорея (4-5%) [9-11]. В целом распространенность **варикозной болезни вен малого таза** в популяции **женщин** репродуктивного возраста достигает 10-25% [14].

Дифференциальная диагностика

Комплекс диагностических мероприятий при ХТБ должен включать в себя осмотр гинеколога, двуручное влагалищно-абдоминальное исследование и осмотр с помощью зеркал. Инструментальное обследование также должно быть комплексным: ультразвуковое исследование органов **малого таза**, трансабдоминальное (ТАУЗАС) и трансвагинальное ультразвуковое ангиосканирование (ТВУЗАС) с цветным картированием кровотока, при необходимости - эмиссионная компьютерная томография (ЭКТ) **вен малого таза**, селективная овариография, компьютерная томоангиография, лапароскопия.

Тазовое венозное полнокровие (pelvic congestion syndrome)

Многие исследования показывают, что при тазовом венозном полнокровии (ТВП), причиной которого служит **варикозная болезнь вен малого таза**, пациенты описывают свои боли, как тянущие, ноющие, тупые, «пекущие», жгучие [13]. Иррадиацию в нижние конечности отмечают около 80% **женщин**. Наиболее часто провоцирующим фактором являются длительные статические и динамические нагрузки. Примерно 70-80% отмечают усиление болей во вторую фазу менструального цикла. По данным Н.В. Рымашевского с соавт. (2000), особенностью болей при ТВП является их усиление при терапии гестагенами. Вместе с тем прием флеботоников вызывает уменьшение болевого синдрома у ряда пациенток. Помимо боли, у большинства пациенток присутствуют ощущения тяжести в нижних отделах живота (преимущественно над лоном). Некоторые авторы при ТВП отмечают повышенную чувствительность в овариальной точке [4]. Однако в большинстве исследований точно локализовать свои болевые ощущения могли лишь около 30% больных. У большей части больных боли уменьшаются в положении лежа с поднятыми вверх нижними конечностями. Особенностью течения ТВП является исчезновение болей в постменопаузе.

Третьим по значимости проявлением ТВП является диспареуния, которая встречается у 60-70% **женщин**. Этот симптом не специфичен, однако имеет особенность - при тазовом варикозе диспареуния может сохраняться в течение нескольких дней после полового акта [7]. Помимо этого, иногда наблюдаются длительные менструации (5-7 дней). Г.А. Савицкий с соавт. (2000) выделили ряд патогномичных признаков венозного застоя в органах **малого таза** при осмотре в зеркалах и бимануальном исследовании: увеличенная, тестоватая на ощупь матка, увеличенные, поликистозно-измененные яичники, гипертрофированная синюшная шейка матки, синюшная, отечная, гипертрофированная слизистая влагалища, лейкорея. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза является первым этапом инструментального обследования больных с **хроническими тазовыми болями**. При ТВП измененные вены визуализируются в виде многокамерных жидкостных образований с нечеткими контурами, напоминающих поликистозно-измененные яичники или сактосальпинксы, что в определенной мере объясняет гиподиагностику тазового венозного полнокровия у **женщин**, страдающих **хроническими тазовыми болями**.

Гораздо большую диагностическую ценность при ТВП имеет ультразвуковое ангиосканирование. По данным ТВУЗАС и ТАУЗАС тазовые **варикозные** вены представлены в виде извитых, неравномерно расширенных конгломератов. Их просвет выполнен медленно перемещающейся «дымкой», обусловленной турбулентными низкоскоростными потоками крови.

При эмиссионной компьютерной томографии отмечается избыточное накопление меченных эритроцитов в полости малого таза, проекционно соответствующие маточному и сакральному венозному сплетению. Это свидетельствует о выраженном нарушении венозного оттока из малого таза. У большинства пациенток визуализируется только левая яичниковая вена и лишь у малой части - обе яичниковые вены [12].

Важное место в **диагностике** ХТБ занимают эндоскопические технологии. По данным Howard (2000), в настоящее время более 40% диагностических лапароскопий выполняется по поводу хронических тазовых болей. **Варикозно** измененные вены малого таза определяются в области яичников, по ходу круглой и широкой связки матки в виде обширных синюшных конгломератов с истонченной и напряженной стенкой. Расширенная левая яичниковая вена визуализируется в проекции левого подвздошно-крестцового сочленения.

Окончательно подтвердить диагноз **варикозной болезни** вен малого таза позволяют ангиографические методики - селективная овариография и компьютерная томоангиография.

Эндометриоз

Для эндометриоза характерны нарушения менструального цикла (альгоменорея, менорагии, нарушения ритма менструации) [3,6]. У больных с внутренним эндометриозом менструации, как правило, **болезненны**, отмечаются пред- и послеменструационные мажущие кровянистые выделения из половых путей. Болевые ощущения обычно появляются или усиливаются за 1-2 дня до менструации (в отличие от тазового венозного полнокровия, при котором боли усиливаются на 14-15-й день цикла) и носят тянущий характер.

Женщины описывают боли, как резкие, стреляющие, в ряде случаев с иррадиацией в наружные половые органы, прямую кишку. Около трети больных отмечают усиление болей при половом сношении (диспареуния) и дефекации. Однако характерной особенностью является то, что после прерывания полового акта болевые ощущения самостоятельно купируются (что отличается от диспареунии при тазовом венозном полнокровии). В отличие от тазового венозного полнокровия тяжесть над лоном практически не встречается.

В ходе бимануального исследования, у больных с эндометриозом яичников, как правило, определяются округлые тугоэластические опухолевидные, с неровной поверхностью, малоподвижные и **болезненные** при пальпации образования позади матки. При аденомиозе выявляется увеличение матки, соответствующее 5-9 неделям беременности.

По данным УЗИ органов малого таза при эндометриозе яичников визуализируются однокамерные образования, с эхопозитивными включениями и размытыми внутренними контурами. Эхографическая картина аденомиоза характеризуется ячеистым строением эндометрия с кистозными или узловыми включениями, толщина эндометрия во вторую фазу цикла обычно составляет более 14 мм. Во всех случаях внутреннего эндометриоза определяется увеличение размеров матки до 5-9 недель и округлость ее формы. Лапароскопия особенно информативна при эндометриозе яичников. Эндоскопическая картина у всех больных яркая. На поверхности яичника визуализируются образования, покрытые голубовато-белой оболочкой, через которую просвечивают багрово-синие очаги и определяются спайки с окружающими тканями. При аденомиозе выявляется увеличение размеров матки.

По данным некоторых авторов, по результатам ультразвукового ангиосканирования примерно у половины больных с эндометриозом было выявлено расширение маточного венозного сплетения без рефлюкса.

Хронический сальпингоофорит

При хроническом сальпингоофорите пациентки описывают боли, как постоянные, тупые, ноющие, локализующиеся в нижних отделах живота. В 60% случаев встречается иррадиация болевых ощущений в крестец. Усиление болей отмечается при менструации, физическом напряжении, половом акте, гинекологическом обследовании. Около половины женщин отмечают тянущие ощущения и чувство тяжести и дискомфорта в левой и правой подвздошных областях. У некоторых пациенток, страдающих хроническим сальпингоофоритом, присутствует диспареуния (но в отличие от ТВП болевые ощущения исчезают после прекращения полового акта).

Менструальный цикл у большей части больных протекает без особенностей. Однако у некоторых женщин могут встречаться болезненные менструации, причем болевые ощущения появляются с ее началом (тогда как при ТВП усиление болей происходит во вторую фазу цикла).

У всех больных, как и при тазовом венозном полнокровии, отмечаются обильные слизистые или серозные выделения из половых путей (лейкорей).

При двуручном исследовании пальпируются тяжистые или опухолевидные образования по бокам от матки (увеличенные в размерах придатки), болезненные при пальпации, определяется болезненность шейки матки

при ее смещении. При осмотре в зеркалах отмечаются выделения из цервикального канала.

По данным УЗИ органов малого таза сактосальпинксы, визуализирующиеся у данной группы больных, в ряде случаев необходимо дифференцировать с варикозно-измененными маточными и яичниковыми венами (что встречается при тазовом венозном полнокровии), вследствие чего в «сомнительных» случаях необходимо выполнять ультразвуковое ангиосканирование.

Лапароскопия показывает наличие у всех больных в малом тазу спаечного процесса разной степени выраженности, гиперемии брюшины и органов малого таза, клейкий экссудат в пространстве позади матки.

Миома матки

Пациентки с миомой матки предъявляют жалобы на тянущие, схваткообразные боли в нижних отделах живота и пояснице. Иррадиации в другие анатомические области, как правило, нет. Для миомы матки в большей степени характерны патологические менструальные кровотечения. При миоме менструации часто обильны, со сгустками и продолжаются 6-8 дней. Некоторые пациентки отмечают наличие болезненных ощущений, появляющихся во время менструации. Особенностью миом, отличающей их клиническую картину от ТВП, является тот факт, что боли сохраняются и в постменопаузе. Диспареуния, как и ощущения тяжести и дискомфорта в нижних отделах живота, встречается крайне редко.

При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании пальпируется увеличенная в размерах, асимметричная, ограниченная в подвижности матка с неровной, бугристой поверхностью, плотной консистенции.

По данным УЗИ органов малого таза, как конвексным, так и трансвагинальным датчиком, на эхограммах четко визуализируются субмукозные и межмышечные миоматозные узлы и увеличение размеров матки.

В ряде случаев можно столкнуться с тем, что при субсерозном (подбрюшинном) расположении миом ультразвукография оказывается неинформативной. Окончательная верификация диагноза требует лапароскопического исследования, по данным которого такие миомы представлены округлыми, связанными с маткой образованиями с гладкой поверхностью бледно-розового цвета.

Кисты яичников

Основными жалобами у данной категории пациенток являются тянущие, ноющие боли в нижних отделах живота, изредка с иррадиацией в поясницу. Диспареуния, тяжесть и дискомфорт над лоном (в отличие от ТВП и эндометриоза), нарушения менструации встречаются крайне редко. При двуручном исследовании сбоку и спереди от матки пальпируются небольшого размера округлые, тугоэластической консистенции малоподвижные образования с гладкой, ровной поверхностью. По данным ультразвукового исследования в мезосальпинксе определяются округлые однокамерные образования с жидким содержимым, диаметром 6-8 см; яичник находится у задне-нижнего полюса кисты. УЗАС и лапароскопическое исследование данной категории больных, как правило, не выполняются, т.к. для верификации диагноза достаточно физикального и рутинного ультразвукового исследования.

При фолликулярных кистах яичников клинические проявления разнообразны. Характерны ноющие боли внизу живота без какой-либо иррадиации. У небольшого числа больных присутствует удлинение менструации до 7-8 дней. Тяжесть в нижних отделах живота и диспареуния практически не встречаются. При бимануальном исследовании в области придатков, сбоку от матки определяется округлое, тугоэластической консистенции, хорошо подвижное, незначительно болезненное образование с гладкой поверхностью. По данным УЗИ органов малого таза в проекции яичника визуализируется тонкостенное образование, заполненное жидким содержимым, диаметром около 5-6 см. Эндоскопическое исследование и УЗАС, как правило, не требуются. В ходе динамического наблюдения в течение 3-4 менструальных циклов, без какого-либо лечения у всех больных отмечается регресс симптоматики и уменьшение размеров образования, что может служить **дифференциально-диагностическим** признаком.

В редких случаях клиническая картина ХТБ может быть обусловлена синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Основным симптомом у данной категории больных является олигоменорея (скудные менструации продолжительностью 2-3 дня). Периодически пациентки отмечают тянущие боли в нижних отделах живота с обеих сторон. Болезненные ощущения во время полового акта не встречаются. По данным двуручного влагалищно-абдоминального исследования и осмотра в зеркалах яичники увеличены, плотные, с характерной гладкой поверхностью, подвижные, безболезненные, влагалище узкое, шейка матки конической формы, размеры матки уменьшены. В ходе УЗИ органов малого таза визуализируются множественные мелкие кистозные включения, преимущественно в периферических отделах яичника; поперечник отдельных кист не превышает 1 см. Для подтверждения диагноза таким больным выполняется

лапароскопия, по данным которой выявляется увеличение яичников в размерах. Они имеют гладкую жемчужно-белую капсулу большой плотности, через которую просвечивают мелкие кисты и видна сосудистая сеть.

Первичная альгодисменорея

У женщин с первичной альгодисменореей боли появляются примерно через 1-2 года после менархе, локализуются в нижних отделах живота (в ряде случаев с иррадиацией по внутренней поверхности бедер) и носят схваткообразный характер. Особенностью болей является то, что они начинаются за несколько часов до менструации, у всех больных сопровождаются головными болями, а в редких случаях - многократной рвотой. Диспареуния и тяжесть над лоном не встречаются. Продолжительность менструаций и их объем, как правило, обычны.

При двуручном исследовании изменения выявляются только во время менструации и проявляются уплотнением матки (по всей видимости, за счет спазма миометрия).

По данным УЗИ органов малого таза изменения не визуализируются. УЗАС и лапароскопия, как правило, не выполняются.

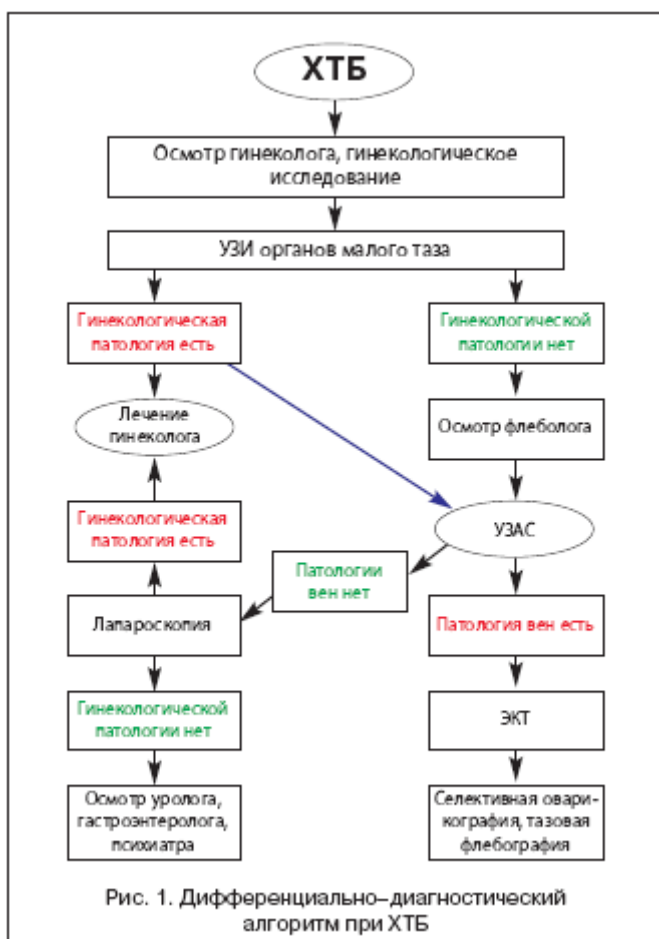
Таким образом, **дифференциальная диагностика** хронических тазовых болей бывает затруднена вследствие того, что данный синдром может быть вызван множеством заболеваний (ТВП, эндометриоз, кисты яичников и т.д.), которые зачастую сочетаются друг с другом. Однако возможно выделить ряд **дифференциально-диагностических признаков**, позволяющих выявить тазовое венозное полнокровие, как причину ХТБ (табл. 1). Помимо этого, облегчить работу клинициста позволяет **дифференциально-диагностический алгоритм** при ХТБ (рис. 1).

Заключение

Хронические тазовые боли могут быть обусловлены не только гинекологической патологией, но и тазовым венозным полнокровием, причем встречаемость ТВП, по оценкам большинства авторов, составляет не менее трети наблюдений. Интересной особенностью является то, что нарушения венозной гемодинамики (в виде расширения маточного венозного сплетения без рефлюкса) были выявлены и при эндометриозе и миомах матки. Зачастую сложно выделить главную причину болевого синдрома, так как ТВП в большинстве случаев может сочетаться с гинекологическими заболеваниями. Это в определенной мере указывает на необходимость выполнения всем больным с ХТБ как УЗИ органов малого таза, так и ультразвукового ангиосканирования яичниковых и тазовых вен. Только такой подход может обеспечить точную верификацию причин хронических тазовых болей.

Таблица 1. Дифференциально-диагностические признаки ТВП

Симптом	ТВП	Эндометриоз	Хронический сальпингоофорит	Миома матки	Первичная альгодисменорея	Кисты яичников
Хронические тазовые боли	Появляются или усиливаются при длительном стоянии, приеме гестагенов, на 14–15–й день цикла	Постоянные, с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, максимум накануне или во время менструации	Постоянные, тупые или ноющие, усиливаются при охлаждении, менструации, интеркуррентных заболеваниях	Постоянные, иногда схваткообразные	Во время менструации, схваткообразные	Тянущие, ноющие
Варикозная болезнь нижних конечностей	Часто (50%)	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Диспареуния	Часто (63%)	37,5%	28,6%	Нет	Нет	Нет
Бесплодие	8,6%	20,8%	Нет	Нет	Нет	Нет
Нарушения менструального цикла	Длительные менструации (5–7 дней) у 27,5%	Альгодисменорея, гиперменорея, мажущие выделения	Альгодисменорея (42,8%)	Обильные, длительные менструации	Болезненные менструации	Олигоменорея (при СПКЯ)
УЗАС тазовых вен	Варикозная трансформация маточных вен, расширение яичниковых вен	Варикоз маточных вен	Нет	Варикоз маточных вен	Нет	Нет
Рефлюкс по яичниковым венам	Есть	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет



Литература

1. Рымашевский Н.В. Маркина В.В., Волков А.Е., Казарян М.С., Карнушин Е.И., Газдиева З.М., Окорочков А.А. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин. Изд. РГМУ., Ростов-на-Дону, 2000.
2. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. СПб.: ЗАО «ЭЛБИ», 2000.
3. Татарова Н.А., Суслопаров Л.А., Ветров В.В. и др. Гинекология: **новейший** справочник. М.: Эксмо, СПб.: Сова, 2003
4. Beard R.W., Reginald P.V., Pearce S. Pelvic pain in women // Brit. Med. J. -1986. - Vol. 293, № 6555. -P. 1160-1162.
5. Cordis P.R., Eclavea A., Buckley P.J., DeMaiores C.A., Cockerill M.L., Yeager T.D. Pelvic congestion syndrome: Early clinical results after transcatheter ovarian vein embolisation. // J. Vasc. Surg. 1998, Vol. 28, N5, pg.862 - 868.
6. Fall M., Baranowski A.P., Fowler C.J., Lepinard V., Malone-Lee J.G., Messelink E.J., Oberpenning F., Osborne J.L., Schumacher S. Guidelines on chronic pelvic pain. European Association of Urology. 2003
7. Gelbaya T.A., El-Halwagy H.E. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. // Obstetrical and Gynecological Survey, 2001, Vol.56, N12, pg.757 - 764.
8. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. // Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000 Jun;14
9. Mathias S.D., Kuppermann M., Liberman R.F., Lippschutz R.C., Steege J.F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. // Obstet. Gynecol. 1996;87:321-7
10. Zondervan KT, Barlow D.H. Epidemiology of chronic pelvic pain. // Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol. 2000, N14, pg.403 - 414.
11. Liddle AD, Davies AH. Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices. // Phlebology. 2007;22(3):100-4.
12. Кириенко А.И., Каралкин А.В., Гаврилов С.Г., Москаленко Е.П., Черкашин М.А. Возможности эмиссионной компьютерной томографии в **диагностике** варикозной болезни вен малого таза. // Анналы хирургии 2004 №1. с. 50 - 53.

13. Гаврилов С.Г., Бутенко О.И., Черкашин М.А. Варикозная болезнь вен малого таза (современное состояние проблемы). // Анналы хирургии, №1, 2003, с. 7 - 12.
14. Гаврилов С. Г. Варикозная болезнь вен малого таза: когда и как лечить? // Флебология 2007 №1