



А. Е. Барулин

## Пациент с хронической тазовой болью на приеме у невролога

**А. Е. Барулин**, д.м.н., проф., зав. курсом неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии

**О. В. Курушина**, д.м.н., зав. кафедрой

**В. В. Думцев**, ассистент кафедры



О. В. Курушина

Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики, неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии факультета усовершенствования врачей ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

### *Patient with chronic pelvic pain at neurologist's appointment*

A. E. Barulin, O. V. Kurushina, V. V. Dumtsev

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

#### Резюме

Хроническая тазовая боль является актуальной междисциплинарной проблемой. Современный городской образ жизни повышает значение стресс-факторного компонента в развитии хронических болевых синдромов. Врач должен обладать большим объемом знаний и навыков для всестороннего анализа проблемы при осмотре пациента с синдромом хронической тазовой боли. Расширяя свои познания в визуальных и пальпаторных методах клинической диагностики с применением методов кинезиологического обследования и используя приемы когнитивно-поведенческой терапии, можно значительно улучшить результаты диагностики и лечения «трудных» пациентов.

Ключевые слова: боль, хроническая тазовая боль, биомеханика, кинезиология, кинезиотейпирование, междисциплинарная медицина, биологическая обратная связь.

#### Summary

Chronic pelvic pain is a current interdisciplinary problem. Modern urban lifestyle increases the importance of stress-factor component in the chronic pain syndromes development. The doctor should have sufficient knowledge and skills for a comprehensive analysis during examination a patient with chronic pelvic pain syndrome. Extension knowledge of visual and palpatory methods of clinical diagnosis applying methods of kinesiological examination and cognitive-behavioral therapy let to improve the diagnosis and treatment results of 'difficult patients' significantly.

Key words: pain, chronic pelvic pain, biomechanics, kinesiology, kinesiotaping, interdisciplinary medicine, biofeedback.

#### Актуальность

В современном обществе с его высокой интенсивностью жизни, большими эмоциональными нагрузками хронические болевые синдромы становятся все более актуальной проблемой.

Распространенность болевых синдромов различной локализации может достигать от 45 до 68 % в популяции [10]. При этом порядка 16 % страдают хронической тазовой болью (ХТБ) различной этиологии и все чаще встречаются лица молодого возраста [6, 7]. Многообразие патогенетических механизмов, приводящих к развитию хронического болевого синдрома тазового региона, требует междисциплинарного подхода к лечению.

Междисциплинарность проблемы находится в сфере влияния специалистов: гинекологов, урологов, проктологов, неврологов, психоте-

рапевтов, мануальных терапевтов, ортопедов. При этом мы видим, что частота обращения с этой нозологией возрастает на приеме врачей-неврологов, мануальных терапевтов и психотерапевтов, особенно среди лиц молодого возраста. Это обусловлено увеличением доли миофасциальных и компрессионных синдромов в структуре ХТБ, что, возможно, связано с раздражением тазовых нервов (латеральный кожный нерв бедра, срамной, запирающий, бедренно-половой, подвздошно-подчревный нервы) вследствие длительных вынужденных положений и возрастающей психоэмоциональной нагрузки [1].

Ввиду вышеизложенного одной из глобальных проблем, с которой сталкивается врач на приеме, является не только необходимость изучения неврологического статуса, но и оценка биомеханических нарушений и нарушений в психоэмоциональной сфере,

на которую требуются большее количество времени и наличие определенных навыков [5, 6, 8].

Изменения биомеханики обусловлены как предрасполагающими индивидуальными особенностями человека, так и факторами риска, которые формируются и нарастают исподволь в течение длительного времени: статические нагрузки, вынужденная поза на рабочем месте, значительное время, проводимое в автотранспорте, дефицит времени, стрессовые нагрузки. Такие нагрузки зачастую приводят к снижению тонуса выключенных из работы мышц чаще тазового региона, что неизбежно перегружает мышцы-синергисты и укорачивает их [5, 8].

#### Определение:

Хроническая тазовая боль — это доброкачественная постоянная или периодически повторяющаяся в течение

ние по крайней мере шести месяцев боль, испытываемая мужчиной или женщиной в области органов, расположенных в полости таза [2, 6].

Однако для характеристики невоспалительного болевого синдрома в области таза более предпочтительным является следующее определение.

*Тазовая боль — это боль в нижних отделах живота ниже пупка, в нижней части спины и крестце, в промежности, в области наружных половых органов, влагалища у женщин, прямой кишки с возможной иррадиацией по передне-внутренней поверхности бедер [6].*

Термин «ХТБ» применяется в случае фармакорезистентного длительно текущего регионарного болевого синдрома. Депрессивное расстройство и ограничительное поведение являются постоянными спутниками хронических болевых синдромов различной локализации. Данные нарушения особенно выражены при хроническом болевом синдроме в тазовом регионе ввиду высокой психологической значимости адекватного функционирования тазовых органов для пациентов. Депрессивные расстройства приводят пациента в состояние повышенной болевой готовности, когда даже незначительному дискомфорту придается большая эмоциональная окраска.

Низкая эффективность терапии может быть обусловлена в отдельных случаях ошибочным представлением о связи болевого синдрома исключительно с патологией тазовых органов.

### **Пациент с хронической тазовой болью на приеме у невролога**

Как правило, пациент с синдромом хронической тазовой боли попадает на прием к врачу-неврологу уже после длительного обследования и малоэффективного лечения у специалистов разных профилей, когда практически исключены все угрожающие жизни состояния, системные заболевания и воспалительные процессы.

### **Работа с жалобами пациента**

Перед неврологом стоит непростая задача, и здесь важно сосредоточиться на детальном анализе жалоб алгического круга, определить тип боли, вы-

яснить провоцирующие и ослабляющие боль факторы. Целенаправленно необходимо оценить:

- влияние статических нагрузок (длительное стояние, сидение) на выраженность болевого синдрома;
- как влияет на боль акт дефекации;
- есть ли болезненность во время полового акта;
- изменение интенсивности боли в момент вертикализации;
- состояние в предменструальный и менструальный периоды у женщин;
- есть ли снижение либидо.

Необходимо определение преобладания тревожности, депрессивных проявлений, астенизации, явлений катастрофизации, влияния на повседневную активность.

Выясняется обширный фармакологический анамнез. Необходимо отметить, что возможно присутствие абзусного компонента ввиду бесконтрольного приема препаратов пациентами с невозможностью полностью купировать болевой синдром.

### **Клиническая диагностика**

В алгоритм клинического обследования пациента с хронической тазовой болью должны включаться:

1. визуальная оценка статики пациента с определением баланса мышц регионов, определение сближения мест прикрепления мышцы [6, 8]. Проявлениями таких изменений являются различные виды положения тазовых костей: кривой таз, скрученный таз, флексия или экстензия таза. Установлено, что большинство таких изменений носят неспецифический характер и могут встречаться у лиц, не предъявляющих жалобы на боль в области таза. Однако выявлена связь между синдромом хронической тазовой боли и выраженностью флексии и экстензионных перестроек тазового региона [8]. Таким образом, визуальный осмотр позволяет установить возможные изменения межмышечных взаимоотношений и влияние этих изменений на поддержание болевого синдрома;

2. важным элементом осмотра является оценка влияния связочного компонента на болевой синдром (крестцово-бугорная, крестцово-копчиковая, подвздошно-поясничная связка). Определение подвижности в крестцово-подвздошном суставе;
3. важнейшим элементом диагностики является пальпация с целью выявления болезненных зон в области таза. Возможно наличие болезненных триггерных зон в наружных и внутренних мышцах таза;
4. выявление наличия (отсутствия) изменений чувствительности в аногенитальной зоне, в области бедер. Оцениваются креmasterный и анальный рефлексы (компрессия бедренно-полового и анально-копчиковых нервов);
5. повышенная тревожность, связанная с хроническим стрессом, может инициировать и поддерживать повышенный тонус мышц тазового дна, что приводит к компрессии нервов, их ирритации и объясняет иррадиацию боли в ближайшие органы: прямую кишку, влагалище, мочевой пузырь [1, 2, 6].

### **Дополнительные методы исследования**

- Рекомендуется провести дообследование:
- изучение состояния мягких тканей с применением УЗИ для оценки состояния мышечных групп и мест возможной компрессии невралических структур;
- рентгенологическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза с функциональными пробами на выявление нестабильности в регионе (при наличии клинических признаков);
- МРТ пояснично-крестцового и копчикового отделов.

### **Лечение**

#### *Медикаментозная терапия.*

После исключения органической патологии со стороны органов малого таза наиболее предпочтительным направлением терапии хронической

тазовой боли невоспалительного характера становится лечение миофасциального болевого синдрома.

Большое значение в терапии миофасциального болевого синдрома тазового региона имеет комбинация современных нестероидных противовоспалительных препаратов (селективные ингибиторы ЦОГ-2) и миорелаксантов. Такая комбинация позволяет уменьшить дозу НПВП и тем самым снизить риск побочных эффектов (гастропатий, сердечно-сосудистых и др.). Кроме того, у данной комбинации выше противоболевая активность по сравнению с монотерапией НПВП [9, 10]. Выбирая нестероидный противовоспалительный препарат, следует учитывать, что, по последним данным, риск сердечно-сосудистых и желудочно-кишечных осложнений при приеме диклофенака существенно превышает аналогичный риск при использовании других НПВП (ибупрофена, напроксена) и парацетамола [3].

Выбор миорелаксанта зависит от терапевтической широты и возможных побочных эффектов. Одними из предпочтительных препаратов можно считать толперизон и тизанидин. Лечение толперизоном начинают с 50 мг два раза в день с постепенным повышением дозы при необходимости. Тизанидин применяют, начиная с минимальной дозировки 2 мг 2–3 раза в день. Необходимо следить за состоянием пациента и придерживаться минимальных эффективных дозировок.

Учитывая общие патогенетические механизмы хронического болевого синдрома и депрессии, в план лечения целесообразно включать препараты из группы антидепрессантов. Современными представителями данной группы препаратов являются ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. К данной категории относятся дулоксетин, милнаципрам, венлафаксин. Хорошо зарекомендовал себя представитель группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина эсциталопрам. Данные препараты хорошо зарекомендовали себя в комплексном лечении хронических болевых синдромов. Современные препараты

реже вызывают нежелательные симптомы в момент прекращения приема и меньше побочных эффектов в процессе лечения [6].

Коррекция тревожных и вегетативных нарушений производится при помощи препаратов из группы «малых» нейролептиков. Один из хорошо переносимых пациентами и эффективных препаратов является алимемазин. Суточная доза составляет 60–80 мг и разделяется на два приема.

Патогенетически значимая коррекция микроциркуляции и лимфооттока в органах таза осуществляется назначением венотоников (L-лизина эсцинат, диосмин). Результаты исследований свидетельствуют, что эсцин угнетает индуцированную гипоксией активацию эндотелиоцитов, которая предопределяет усиление адгезии нейтрофилов, активацию медиаторов воспаления и лизосомальных гидролаз, способствующих разрушению межклеточного матрикса и формированию отека, в том числе в тканях позвоночного канала [11, 12]. Известно, что эсцин оказывает выраженный венотонический эффект, превосходя ацетилхолин и вазопрессин, и приравнивается к активности серотонина и диgidроэрготамина. Ликвидируя нарушения проницаемости сосудистой стенки и повышая тонус вен, а также устраняя отек разных структур в позвоночном канале, эсцин в значительной мере предотвращает развитие патофизиологических механизмов, лежащих в основе болевых раздражений и, таким образом, проявляет анальгезирующий эффект. Имеется положительный опыт применения L-лизина эсцината у пациентов с болевыми синдромами позвоночника при сочетанной патологии ЖКТ (НПВС-гастроуденопатии), когда нежелательные реакции со стороны ЖКТ обуславливают необходимость отказа от НПВС и подключения альтернативных схем лечения. L-лизина эсцинат (0,1-процентный концентрат для приготовления раствора для внутривенного введения) назначается курсом 8–10 дней по 5–10 мл внутривенно капельно в разведении на 100–200 мл физиологического раствора.

В случае выявления нейропатического болевого синдрома применяются антиконвульсанты. Наиболее часто назначаемые препараты в этой группе — прегабалин, карбамазепин и габапентин. Начальная доза лечения габапентином составляет 300 мг в первые сутки, 600 мг (в два приема) во вторые сутки и 900 мг (в три приема) в третьи сутки и далее. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг в сутки с постепенным повышением до 300–600 мг в сутки в 2–3 приема [6].

Локальное лечение болевого синдрома проводится в виде лечебно-медикаментозных инъекций с использованием следующих препаратов: лидокаин, гидрокортизон, дексаметазон, бетаметазон и др.) [4]. Локальное введение дает возможность быстрее и эффективнее достигать максимальных концентраций препарата в регионарном кровотоке, что позволяет сократить сроки нетрудоспособности и повышает эффективность лечения [4].

*Немедикаментозная терапия.* При отсутствии специфичности болевого синдрома при хронической тазовой боли невоспалительного характера, минимальном влиянии коморбидной патологии у лиц молодого возраста особое значение следует придать немедикаментозным методам лечения.

*ФТЛ.* Различные физиотерапевтические процедуры оказывают значительный эффект в период ремиссии для профилактики повторных обострений. Лазеротерапия с использованием лазера инфракрасного диапазона низкой интенсивности способствует улучшению микроциркуляции в тканях, что ускоряет обменные процессы, способствует удалению продуктов метаболизма и снижению отека тканей. Ударно-волновая терапия за счет воздействия на ткани инфразвуковыми импульсами также способствует уменьшению отека тканей, снижению мышечного напряжения и улучшению микроциркуляции. Такое воздействие позволяет снизить болевую афферентацию за счет снижения мышечно-тонического компонента в патогенезе боли. Фонофорез с медицинскими препа-

ратами обеспечивает более глубокую точечную доставку лекарственных веществ, что способствует быстрому противоболевому эффекту. Бальнеологический комплекс процедур способствует достижению положительного эффекта у лиц с хроническими болевыми синдромами без локального повышения температуры. В период обострения болевого синдрома необходимо избегать любых раздражающих и согревающих процедур.

**Мануальная терапия и кинезиология.** Учитывая большой вклад нарушения межмышечных взаимодействий в поддержание болевого синдрома, стоит уделить внимание коррекции при помощи мягких мануальных техник. Наиболее простыми из них являются постизометрическая релаксация и прессурные техники. Для более точной оценки пострурального баланса эффективным методом является кинезиологическое тестирование. Применение метода прикладной кинезиологии (мануального мышечного тестирования) позволяет установить первично гипотоничную мышцу, дисфункция которой привела к перестройке пострурального баланса. Это дает возможность прицельно воздействовать на причину мышечного дефанса в мышцах синергистах и антагонистах. Кроме того, метод позволяет до лечения оценить перспективность того или иного метода лечебного воздействия [8]. По принципу постизометрической релаксации работают упражнения на расслабление мышц тазового дна по Кегелю. Пациенту предлагается самостоятельно выполнять сокращение мышц промежности в течение 7–8 с и последующее расслабление в течение 7–8 с. Возможно сочетание этого упражнения с дыхательными синергиями: напряжение на вдохе, расслабление на выдохе [6, 7].

**Биологическая обратная связь.** Перспективным представляется коррекция мышечного компонента болевого синдрома с помощью методов биологической обратной связи. Данные методики позволяют не только корректировать двигательный стереотип в процессе работы, но и обу-

чить пациента правильно выполнять упражнения самостоятельно, экономя время и силы врача.

**Кинезиотейпирование.** Методом, также позволяющим улучшить микроциркуляцию и лимфоотток, является кинезиотейпирование [6]. Используя мышечные техники наложения кинезиотейпа, возможно добиться нормализации тонуса мышц и восстановить адекватные межмышечные взаимодействия.

**Когнитивно-поведенческая терапия.** Модификация образа жизни должна проводиться с элементами когнитивно-поведенческой терапии. Это связано с тем, что хроническое течение скелетно-мышечного болевого синдрома неразрывно связано с образом жизни пациента. Современная городская среда существенно истощает приспособительные возможности опорно-двигательного аппарата. Это требует активного участия пациента в лечебном процессе путем самостоятельного выполнения лечебных упражнений, нормализации режима труда и отдыха, модификации образа жизни.

## Заключение

Ведение пациента с хронической тазовой болью остается очень сложной задачей для специалистов всех профилей. Однако, расширяя свои познания в визуальных и пальпаторных методах клинической диагностики с применением методов кинезиологического обследования, и используя приемы когнитивно-поведенческой терапии, можно значительно улучшить результаты диагностики и лечения «трудных» пациентов.

## Список литературы

1. Pereira A, Pérez-Medina T, Rodríguez-Tapia A, Rutherford S, Millan I, Iglesias E, Ortiz-Quintana L. Chronic perineal pain: analyses of prognostic factors in pudendal neuralgia // Clin J Pain. — 2014. — № 30. P. 77–82.
2. Ploteau S. New Concepts on Functional Chronic Pelvic and Perineal Pain: Pathophysiology and Multidisciplinary Management // Discov Med. — 2015. — № 19 (104). P. 185–192.
3. Schmidt Morten, Sørensen Henrik Toff, Pedersen Lars. Diclofenac use and cardiovascular risks: series of nationwide cohort studies // BMJ. — 2018. № 362. P. 3426.

4. Бадюкин В. В., Годзенко А. А. Локальная терапия миофасциального болевого синдрома // РМЖ. — 2007. — № 26. С. 1998.
5. Барулин А. Е., Курушина О. В., Друшлякова А. А., Калинин Б. М., Думцев В. В. Физиологическое обоснование стресс-факторного компонента на формирование статодинамических нарушений // Российский журнал боли. — 2017. — № 1 (52). С. 6.
6. Барулин А. Е., Курушина О. В., Думцев В. В. Современные подходы к терапии хронической тазовой боли // РМЖ. — 2016. — № 13. С. 847–851.
7. Воробьева О. В. Болезненный спазм мышц тазового дна как причина хронических тазовых болей у женщин // Фарматека. — 2011. — № 5. С. 51–55.
8. Курушина О. В., Барулин А. Е. Боль в спине: гендерные особенности // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8. № 2. С. 477–481.
9. Международный и российский опыт: новые данные в терапии скелетно-мышечной боли // Эффективная фармакотерапия. — 2018. — № 1. С. 40–46.
10. Суворова И. Ю. Комплексное лечение хронической боли // РМЖ. — 2012. — № 29. С. 1461.
11. Пути оптимизации лечения пациентов с дискогенно-венозной люмбокральной радикуломиелоишемией / Скоромец А. А., Бубнова Е. В., Ендальцева С. М. и др. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2015. — № 6. С. 41–47.
12. Chaika I, Georgievsky V, Spasithenko P, Lubina V, Lucashev S, Shostenko I, Shein A. L-Lysine escinat — pharmacology and clinical effects. XIII International Congress of Pharmacology (July, 1998, Munchen, Germanij). Munchen. 1998; 52, 20.

