

## ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ – СТРАТИФИКАЦИЯ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ ПОНЯТИЙ

Попова И.С., Перов Ю.В., Михайлов И.А.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, e-mail: yuperov@list.ru*

Хроническая тазовая боль – это распространённое заболевание, которое оказывает негативное влияние на качество жизни. Тазовая боль является важнейшей проблемой общественного здоровья, которую испытывает значительная часть населения. Хронические боли в анальном канале, прямой кишке или других органах малого таза возникают у 7–24 % населения Земли. Выделяют гинекологические, урологические, сосудистые, неврологические, психологические причины боли. Однако существуют хронические болевые синдромы без морфологических изменений в органах и тканях, воспалительного или опухолевого характера, что рождает терминологическую путаницу в определении понятий. Авторы рассматривают такие определения, как «кокцигодия», «синдром мышцы, поднимающей задний проход», «прокталгия», «диссенергия мышц тазового дна», «миофасциальный болевой тазовый синдром» и приходят к выводу, что все эти синдромы объединяет одно главное понятие – мышечная боль.

Ключевые слова: хроническая боль, хроническая тазовая боль, синдром хронической тазовой боли, миофасциальный болевой синдром, миофасциальный болевой тазовый синдром, кокцигодия, леваторный синдром, прокталгия, диссенергия мышц тазового дна.

## CHRONIC PELVIC PAIN IN COLOPROCTOLOGY - STRATIFICATION OF TERMINOLOGICAL CONCEPTS

Popova I.S., Perov Y.V., Mihailov I.A.

*The Volgograd State Medical University, Volgograd, e-mail: yuperov@list.ru*

Chronic pelvic pain syndrome is a common condition with detrimental effects on quality of life. Pelvic pain is a critical public health issue experienced by a significant portion of the population. Chronic pain in the anal canal, rectum, or other pelvic organs occurs in 7 % to 24 % of the population. Allocate the gynecologic, urological, vascular, neurologic, psychological reasons of pain. However, there are chronic pain syndromes without morphological changes in organs and tissues, inflammatory or tumoral character that gives rise to terminological confusion in definition of concepts. Authors consider such definitions as "coccygodynia", "levator ani syndrome", "proctalgia", "pelvic floor dyssynergia", "myofascial pelvic pain syndrome" and come to a conclusion that all these syndromes are united by one main concept – muscular pain.

Keywords: chronic pain, chronic pelvic pain, chronic pelvic pain syndrome, myofascial pelvic pain, myofascial pelvic pain syndrome, proctalgia, coccygodynia, levator ani syndrome, pelvic floor dyssynergia.

Хроническими болями в тазу страдают от 3,8 % до 60 % женщин и от 7 % до 24 % населения земли. Под хронической тазовой болью (ХТБ) понимают чувство дискомфорта, боли в нижней части живота, за лоном и в пояснично-крестцовой области, в области органов, расположенных в полости таза, испытываемые мужчиной или женщиной свыше 6 месяцев [1,8,10,14,20,22,24,25,31]. Существует более ста заболеваний, в клинической картине которых основным симптомом является хроническая тазовая боль [1]. Выделяют гинекологические, урологические, желудочно-кишечные, сосудистые, скелетно-мышечные, неврологические, психологические причины ХТБ [8,11,15,17,23,31,32].

В то же время отсутствие морфологических изменений органов и тканей, которые могут обусловить болевой синдром той или иной степени выраженности, при наличии

постоянной или периодически повторяющейся тазовой боли более 6 месяцев, сопровождающейся симптомами дисфункции нижнего отдела мочевыделительного тракта, нарушения половой, кишечной или гинекологической функции, позволяет авторам говорить о наличии синдрома хронической тазовой боли [19,28].

Большая часть колопроктологических заболеваний сопровождается тазовой болью того или иного характера. В современной литературе, рассматривающей вопросы колопроктологии, для обозначения хронической тазовой боли в основном используется термин «анокочичиковый болевой синдром», по которым могут подразумеваться такие понятия, как «аноректальная боль», «анальная или аноректальная невралгия», «прокталгия», «ночная ректалгия», «спазм мышц леваторов» и «кокцигодина» [3,13]. Чаще всего клиницисты проктологи интерпретируют хроническую тазовую боль, как «кокцигодина», «синдром мышцы, поднимающей задний проход» и «прокталгию» [9].

Термином «кокцигодина» обозначают хроническую или периодически повторяющуюся боль в области копчика, при отсутствии другой очевидной местной патологии. Кокцигодина часто связывают с когнитивными, поведенческими, сексуальными, эмоциональными расстройствами, а также с урологическими, сексуальными, кишечными и гинекологическими дисфункциями [1,20,23,31]. Термин «кокцигодина» впервые был предложен Simpson в 1859 г. Кокцигодина, по его мнению, проявляется неясно выраженным уплотнением или болями в области крестца и копчика, а также в окружающих их мышцах и мягких тканях. В классической колопроктологической литературе кокцигодина связывали с невралгией или невритом ветвей копчикового сплетения [4]. С тех пор предложено много уточняющих терминов, характеризующих хроническую боль в копчике, и различающихся по этиопатогенетическим механизмам. Так, например, неврологи отдельно выделяют группу больных, жалующихся на боль в копчике, которая может возникать вследствие падения на ягодицы, блокады крестцово-копчикового сочленения у женщин после родов. В то же время, в практике неврологов часто встречаются больные, у которых копчиковая боль имеет отражённый характер и связана с грыжей нижних поясничных дисков, опухолью позвоночника [9,18]. В связи с этим большинство авторов, описывающих этиопатогенетические механизмы кокцигодии (колопроктологи, неврологи), проводят четкое различие между «истинной» кокцигодиной в результате травмы и кокцигодии как состояния, при котором отмечаются только отраженные боли в область копчика. Посттравматическая кокцигодина связана с посттравматическим анкилозом крестцово-копчикового сочленения и натяжением крестцово-седалищных связок (особенно в положении сидя, когда седалищные кости раздвигаются более чем на 1,0 см). [14]. Однако, по данным Житницкого Р.Е. с соавт. (2001 г.) [5], кокцигодина лишь в небольшой части

случаев имеет травматический генез, чаще она обусловлена формированием туннельного синдрома и является проявлением пудендотрофической невропатии. «Пудендотрофическая невропатия» – это в большей степени неврологический синдром, который может быть компрессионным в результате сдавления полового (срамного) нерва между грушевидной мышцей и крестцово-остистой связкой или быть вызванным натяжением нерва в месте, где он перекидывается над седалищной костью. К колопроктологам больные с «нейропудендотрофической невропатией» обращаются по причине болей в области заднего прохода и нижних отделов ягодиц. Однако дизурические расстройства (задержка мочеиспускания или позывы к нему), боли, парестезии и гипестезии не только в перианальной области, но и в мошонке, половом члене позволяют клиницисту колопроктологу направить больного к неврологу [16]. В зарубежной литературе еще раньше указывалось, что причинной кокцигодии, не связанной с травмой, могут являться хронические мышечные спазмы. Так, Thiele G.H. еще в 1963 г. описал хронические боли в копчике, которые индуцируются при долгом нахождении в положении сидя, и предположил, что они появляются в результате хронического спазма мышц леваторов [33]. Впоследствии Grante S.R. с соавт. (1975) предложил термин «леваторный синдром» [26].

Второй, часто используемый термин, для обозначения хронической тазовой боли – «синдром мышцы, поднимающей задний проход», используется обычно проктологами после пальцевого ректального исследования, при котором обнаруживается напряженность и болезненность мышц тазового дна. Для того чтобы этот термин верифицировался как диагноз, он должен иметь три обязательных критерия, в соответствии с «Римскими критериями III» (2006 г.): хроническая или рецидивирующая ноющая боль в прямой кишке, длительность эпизодов более 20 минут, исключение других причин болей в прямой кишке [9]. Однако анализ литературы последних лет свидетельствует, что все тот же спазм мышц таза, т.е. «синдром мышцы, поднимающей задний проход», ряд авторов называют «пуборектальным болевым синдромом», «хронической прокталгией», «тазовой миалгией напряжения» [1,2,9,16,20,23,31].

Наконец, существует также понятие «функциональная аноректальная боль» (proctalgia fugax) или «прокталгия» – преходящая или спастическая. Специалисты разных профессий описывают состояние, как болезненный мышечный спазм в области заднего прохода, продолжающийся в течение нескольких секунд или минут с полным последующим разрешением, при отсутствии явных очаговых поражений и неизвестной этиологии. Такую симптоматику авторы видят у 13–19 % здоровых людей, и появляется она не чаще одного раза в год. Прокталгия может сочетаться со спастическими болями, вегетосудистыми расстройствами, приапизмом [1,4,9,16,20,23,31]. Таким образом, термином «прокталгия» называют кратковременный, в отличие от «синдрома мышцы, поднимающей задний проход»,

болезненный спазм мышц таза, вызывающий боль в области прямой кишки и заднего прохода.

Термин «аноректальная невралгия» чаще всего применяют при существенных неврологических проблемах, проявляющихся в том числе разлитыми болями в заднем проходе, прямой кишке и иррадиирующими в крестец, копчик, ягодицы, бедра, во влагалище. Для этого синдрома характерно сочетание с другими неврологическими и неврастеническими расстройствами (ипохондрия, депрессия). Часто отмечается у женщин старших возрастных групп, может сочетаться с канцерофобией [6].

В попытках стратификации терминологических понятий хронической тазовой боли мы не можем не рассматривать определения неврологов, у которых ведущим определением хронической тазовой боли является миотонический или миофасциальный болевой тазовый синдром. Распространенность синдрома среди женщин с хронической тазовой болью по данным неврологов достигает 14–23 % [30]. Распространенность среди населения таких больных около 4–6 %. Также отмечена очевидная гипердиагностика остеохондроза позвоночника как основной причины болевого тазового синдрома [7,18].

Основной причиной спазма мышц таза неврологи называют миофасциальный гипертонус, формирующийся в несколько этапов. Большинство мышц не способно к функционированию в условиях длительного тонического напряжения. Начальным звеном является деформация мышц, возникающая при выполнении изометрической работы минимальной интенсивности и максимальной продолжительности. Происходит искажение афферентации структур спинного и головного мозга. Следствием становится перестройка нормального двигательного стереотипа в патологический с формированием фибромиалгического синдрома. Фибромиалгия сопровождается увеличением чувствительности, обуславливающим генерализованную болезненность тканей, включая мышцы. Недостаточное расслабление мышечных волокон может приводить к формированию локальных мышечных уплотнений. В спазмированных мышечных волокнах меняется кровоток, развивается венозные застои и гипоксия, сопровождающиеся выбросом медиаторов воспаления. С течением времени формируются триггерные точки, которые представляет собой раздраженный участок скелетной мышцы, ассоциированный пальпируемым узлом, повышенной чувствительности в пределах мышечного уплотнения, что проявляется резкой болезненностью при пальпации. Сенситивность активных триггеров постоянно варьирует, что клинически проявляется в колебании выраженности болевого синдрома. Миофасциальные триггерные точки вызывают различные по тяжести симптомы: от болезненного ограничения до мучительной боли. Нажатием пальцем на активную точку можно вызвать симптом прыжка – вздрагивание больного [6,16,27,30]. Таким образом,

миофасциальный болевой тазовый синдром можно характеризовать как хронический болевой синдром с генератором патологического возбуждения в зоне повреждения и дисфункцией системы контроля боли преимущественно периферического и сегментарного уровня. Фибромиалгический синдром можно определить как процесс с расширенной зоной повреждения, множественными генераторами патологического возбуждения и генерализованной дисфункцией системы контроля боли. Миофасциальный болевой синдром и фибромиалгический синдром представляют собой стадии единого процесса формирования хронической мышечной боли.

Возможными причинами образования триггерных точек могут быть: механические, алиментарные, метаболические, психологические, которые влияют на мышечное напряжение, кровообращение и боль. Механические причины – это травма, плохая осанка, стресс, гипермобильность суставов, несоответствие длины ног, сколиоз и деформация малого таза. У женщин: операция, родовая травма, падения, травма в детстве, физическое или сексуальное насилие, повторяющиеся движения и стриктуры. Миофасциальный синдром всегда ассоциирован с тревогой, депрессией. Общеизвестно, что миофасциальный болевой синдром провоцируется, утяжеляется и поддерживается эмоциональными нарушениями. Стресс приводит к нарастанию тревоги, которая сопровождается мышечным напряжением и активизацией триггерных точек. Мышцы сохраняют спазмированное состояние и после прекращения воздействия стрессового фактора [27,33].

Таким образом, миофасциальные триггерные точки, расположенные в мышцах заднего отдела тазового дна (сфинктер заднего прохода, поверхностная поперечная мышца промежности, мышца, поднимающая задний проход, копчиковая мышца), вызывают боли в тазобедренной области, области копчика, спины. Чаще всего в практической колопроктологии все эти боли называют кокцигодинией и синдромом мышцы, поднимающей задний проход [16].

При поражении мышц передней половины тазового дна (луковично-губчатой, седалищно-пещеристой) боль отражается в половые органы. Внутренняя запирательная мышца вызывает болевые ощущения во влагалище, может также отражать боль в заднепроходно-копчиковую область, заднюю поверхность бедра, вызывать ощущения переполнения прямой кишки. Большая приводящая мышца находится вне таза, однако может отражать боль внутри тазовой полости. В публикациях, посвященных изучению миофасциальных болевых синдромов малого таза, неврологи выделяют синдромы согласно мышечным структурам: «синдром леваторов» (боль в аноректальной области), «синдром внутренней obturatorной мышцы» (чувство инородного тела в прямой кишке), «Piriformis-синдром» (боль в промежности, боль при дефекации), «бульбокавернозный синдром» (боль в

промежности), «миалгия напряженности тазового дна» [2,6,16,18,29].

О дисфункции мышц тазового дна как причине тазовых болей и целого ряда функциональных нарушений органов малого таза в 2003 г. пишет Салов П.П., используя мало известный практическим колопроктологам термин «анизм» – активное противодействие эвакуации кала посредством сокращения мышц тазового дна в ответ на повышение давления в прямой кишке и попытку осуществления этого акта. Причиной развития анизма автор видит в нарушении тазовой гемодинамики – сосудистой конгестии, так как застой крови в малом тазу ведет к гипоксии органов и тканей малого таза и развитию фиброза, что, в свою очередь, способствует денервации органов и тканей, а последнее проявляется болью [14].

В колопроктологической литературе последних лет хроническую тазовую боль стали рассматривать не только как изолированное поражение отдельных мышечных групп, но и как производное функциональных нарушений и топографо-анатомических взаимоотношений мышечно-связочного аппарата тазового дна и органов малого таза. «Синдром опущения промежности», «слабость тазового дна», «синдром спастического тазового дна» – эти синдромы включают в себя не только сочетанные нарушения функций дефекации, мочеиспускания, пролапса тазовых органов, но и, в большинстве своем, хроническую боль в области задней части промежности во время потуг к дефекации или после продолжительного стояния. Особенностью тазово-промежностных болей при вышеуказанных синдромах является их исчезновение в горизонтальном положении [14]. Терминами «дисфункция мышц тазового дна» или «диссенергия мышц тазового дна» обозначают парадоксальную реакцию пуборектальной мышцы [21]. Сущность реакции заключается в отсутствии расслабления или парадоксальном сокращении (спазме) пуборектальной мышцы и наружного анального сфинктера во время дефекации. Авторы рассматривают дисфункцию тазового дна как очень сложное сочетание проблем, связанных с релаксацией мышц тазового дна и структур, поддерживающих положение тазовых органов, что может привести к значительным клиническим проявлениям и в том числе – тазовой боли [3,9].

Рассматривая термины и обозначения хронической тазовой боли в колопроктологии, нельзя не упомянуть о «Интегральной теории функционирования тазового дна» П. Петроса, представляющего огромный интерес для всех специалистов, занимающихся проблемами дисфункции и пролапса органов тазового дна. Согласно этой теории нарушения функций и анатомической топографии (пролапс) прямой кишки и мочевого пузыря у женщин возникает вследствие повреждения (по разным причинам) соединительной ткани в поддерживающих связках тазового дна. Касаясь вопросов взаимосвязи тазовой боли и дефектов связочного аппарата в задней зоне тазового дна в рамках «интегральной теории», автор – П. Петрос (2016 г.), указывает на причинно-следственную связь, но подчеркивает, что связь этой

комбинации пока носит гипотетический характер и требует дальнейшего изучения [12].

Обобщая литературные данные, приходим к выводу, что исследователи хронической тазовой боли на протяжении многих лет в основном описывают один и тот же патологический процесс – спазм мышц таза. Несмотря на терминологические различия, вышеописанные синдромы объединяет одно главное понятие – мышечная боль, но с разными названиями. Появившиеся теории интегрального подхода к мышечно-связочному аппарату тазового дна и взаимосвязи его с нарушением функций тазовых органов и тазовыми болями углубляют эту проблему, но не противоречат и ранее высказанным теориям возникновения хронических болевых синдромов в тазу.

### Список литературы

1. Аккер Л.В. Синдром хронических тазовых болей в урогинекологии / Л.В. Аккер, А.И. Неймарк. – М.: ООО «МИА», 2009. – 238 с.
2. Аполихина И.А. Тазовые дисфункции и болевые синдромы в практике уролога // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 2. – С.84-90.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2001. – 294 с.
4. Генри М. Колопроктология и тазовое дно / М. Генри, М. Свош. – М.: Медицина, 1988. – 460 с.
5. Житницкий Р.Е. Кокцигодия – туннельный синдром n.Pudendus: диагностика и лечение / Р.Е. Житницкий, А.К. Горбунов, А.Л. Яценко // Сибирский медицинский журнал. – 2001. – № 5. – С. 63-65.
6. Иваничев Г.А. Клинические болевые мышечные синдромы / Г.А. Иваничев // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92, № 2. – С. 224-248.
7. Иваничев Г.А. Патогенетические аспекты формирования и проявления классических болевых синдромов / Г.А. Иваничев // Мануальная терапия. – 2009. – № 3. – С. 3.
8. Извозчиков С.Б.. Синдром хронической тазовой боли – современный взгляд на проблему // Клиницист. – 2011. – № 2. – С. 62-67.
9. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия: пер. с англ. – М.: Бином, 2011. – 751 с.
10. Кулаков В.И. Гинекология. Национальное руководство / В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1150 с.
11. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тазовая боль в гинекологии // Consillum Medicum. – 2011. – № 1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://con-med.ru/magazines/gynecology/3238/3248/?sphrase\\_id=5037](http://con-med.ru/magazines/gynecology/3238/3248/?sphrase_id=5037).

12. Петрос П. Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с Интегральной теорией / Питер Петрос; пер. с англ. под ред. докт. мед. наук Д.Д. Шкарупы. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 400 с.
13. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, С.Н. Файн, А.С. Бронштейн. – М.: Медпрактика, 2004. – 488 с.
14. Салов П.П. Тазовое дно. Опущение и «Анизм». «Тазовые боли». Обструкция и недержание мочи у женщин/ П.П.Салов. – Новокузнецк, 2003. – 100 с.
15. Танько О.П., Самойлова М.В., Гайворонская С.И. Синдром хронической тазовой боли в практике гинеколога / О.П. Танько, М.В. Самойлова, С.И. Гайворонская // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 296.
16. Трэвелл Ж.Г. Миофасциальные боли и дисфункции: в 2 т.: пер. с англ. – 2-е изд., перераб. и доп. / Ж.Г. Трэвелл, Д.Г. Симонс. – М.: Медицина, 2005. – Т. 1. – 1192 с.
17. Хоменко Н.Е. Варикозная болезнь вен малого таза (этиопатогенез, диагностика, лечение) / Н.Е. Хоменко, Ю.Е. Восканян, С.А. Гаспарян // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. – 2006. – № 1. – С. 44.
18. Шостак Н.А. Миофасциальный болевой синдром: диагностика и лечение / Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк // Клиницист. – 2010. – № 1. – С.55-59.
19. Abrams P., Cardozo L., Fall V. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society // American Journal of obstetrics and gynecology. – 2002. – №187. – P.116–26.
20. Berek J. Berek and Novak's Gynecology. 14th ed. / J. Berek, E. Novak // Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. – 2007. – 548 p.
21. Davila G.W. Pelvic Floor Dysfunction / G.W. Davila, G.W. Ghoniem, S.D. Wexner. Springer-Verlag London Limited, 2006. – 365 p.
22. Edmonds K. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology. 8th ed. Wiley-Blackwell, 2012. – 852 p.
23. Engeler D.S., Baranowski A.P., Borovica J. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. [monograph on the internet]. European urology. 2015 [cited 2015, sep. 9] Available from: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Chronic-Pelvic-Pain-2015.pdf>.
24. Fall M., Baranowski A.P., Elneil S. EAU guidelines on chronic pelvic pain // European urology. – 2010. – №57. – P. 35–48.
25. Gail Apte P.T., Nelson P., Brismee J.M. Chronic Female Pelvic Pain—Part 1: Clinical Pathoanatomy and Examination of the Pelvic Region // Pain Practice. – 2012. – № 2. – P. 88–110.
26. Grante S.R., Salvati E.P., Rubin R.J. Levator syndrome: an analysis of 316 cases // Diseases of the Colon and rectum. – 1975. – № 18. – P. 161-163.



27. Harden R.N. Signs and symptoms of the myofascial pain syndrome: a national survey of pain management providers // *The Clinical Journal of Pain*. – 2000. – vol.16, №1. – P. 64-72.
28. Haylen B.T., Ridder D., Freeman R.M. et al. Standardisation and Terminology Committees IUGA and ICS, Joint IUGA / ICS Working Group on Female Terminology. International Continence Society. [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 dec.]; Available from: <http://www.ics.org/terminology/57>.
29. Kukreja A.N. Anorectal Surgery Made Easy // JP Medical Ltd, 2013. – P. 243-250.
30. Pastore E.A. Recognizing Myofascial Pelvic Pain in the Female Patient with Chronic Pelvic Pain / E.A. Pastore, W.B. Katzman // *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*. – 2012. – Vol. 41, № 5. – P. 680-91.
31. Pfeifer S.M. *NMS obstetrics and gynecology*. 7th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2011. – 522 p.
32. Shoskes D.A., Nickel J.C., Dolinga R. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity // *Urology*. – 2009. – №73. – P. 538–543.
33. Thiele G.H. Coccygodynia: Cause and treatment // *Dis Colon Rectum*. – 1963. – №6. – P. 422.