

© Ю.В.Васильев, С.В.Растомпахов, А.С.Коган, 2005.

**Ю.В.Васильев, С.В.Растомпахов, А.С.Коган**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕМЕННОГО БАРОВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ**

*Центр реконструктивной и восстановительной хирургии  
Сибирского отделения Академии медицинских наук.  
Иркутск, Россия*

**Аннотация:** В представляемой работе изложены актуальные проблемы венозного стаза (конгестии) как причины не только воспалительной урогенитальной мужской патологии, но и проблемы тазовой боли. Проблема конгестии как причина разнообразных заболеваний, как у женщин, так и мужчин, людей различного возраста еще ждет своего решения. Авторы представляют в работе литературные данные по проблеме конгестии и высокоэффективный прибор для неинвазивного воздействия на тазовую венозную гемодинамику; эффективность его применения была подтверждена методами доказательной медицины с использованием наиболее совершенных диагностических технологий. Применения переменного баровоздействия при наличии конгестии в области таза объективно улучшает мочевыводящую функцию, приводит к устранению боли, венозной конгестии в малом тазу.

**Ключевые слова:** конгестия, тазовая боль, хронический простатит, патогенез, синдром Тейлора

Термин "конгестия" недостаточно знаком широкому кругу клиницистов. В настоящее время в англоязычной литературе его называют синдромом Taylor (1949), хотя впервые его описал в 1869г Posner. В настоящее время можно встретить такие синонимы как "neurosis urogenitalis syndrome", "neurosis prostate syndrome".

По мнению Zerman (1999) синдром хронической тазовой боли – "диагностическая и терапевтическая головоломка". Ежегодные затраты в США на обследование и лечение больных с синдромом тазовой боли превышают 880 миллионов долларов в год (Nickel et al, 2000). Этиопатогенетически синдром конгестии весьма гетерогенен, ибо он вызывает различные патологические процессы в области малого таза, как у мужчин, так и у женщин, о чем написано немало. При этом нарушения венозной гемодинамики, проявляющиеся замедлением центрального кровотока и нередко варикозным расширением сосудов мочевого венозного бассейна привлекают особое внимание, ибо есть основания полагать, что при этом происходят до сих пор недостаточно изученные микроциркуляторные нарушения. Параллельно существует точка зрения, что тазовая боль при отсутствии органической патологии – это мышечно-фасциальная боль, вызванная анатомо-функциональными нарушениями. Наше внимание привлекла возможность стимуляции венозного оттока из вен малого таза путем применения переменного зонального баровоздействия (ПЗБВ) (Ю.В. Васильев с соавт., 1988-2004). К этому нас побудил анализ результатов классических исследований по физиологии венозного кровообращения. Были основания полагать, что ПЗБВ на нижний этаж брюшной полости, область таза, может стимулировать венозный отток и тем самым минимизировать конгестивный эффект.

С этой целью был создан специальный аппарат (АС № 1627163). Основа устройства – барокамера Кравченко объемом 2600 см<sup>3</sup>. Процедура ПЗБВ осуществляется следующим образом. Нижняя часть тела (гипогастриум, таз) помещается в барокамеру и герметизируется. Вакуумным насосом из барокамеры отса-

чивается воздух до уровня давления от -0,15 до -0,20 кг/см<sup>2</sup>. Продолжительность воздействия отрицательного давления 3–5 мин. Вслед за этим в течение 1,5–3 мин применяется положительное давление +0,15 – +0,20 кг/см<sup>2</sup>. На протяжении одного сеанса лечения применяли 3-5 циклов ПЗБВ.

Положительный эффект наступал в период проведения 10-15 процедур и побудил нас к сочетанному применению ПЗБВ с комплексом препаратов, который вводили в клизму перед процедурой. В этот комплекс входили следующие медикаменты: димексид, гепарин, по показаниям антибиотики, лидаза. Мы не располагаем данными по регионарной фармакокинетике вышеперечисленных препаратов в процессе ПЗБВ. Однако, если учитывать то, что при конгестии нарушается микроциркуляция, транскапиллярный обмен, коллоидно-осмотическое равновесие, то можно предполагать усиление тканевой диффузии лекарственных средств, увеличение их регионарной концентрации и, как следствие, повышения эффективности их специфического действия. Таким образом, ПЗБВ в процессе его клинического применения стал важной составляющей комплексного лечения и, что особенно важно, неинвазивного.

Для объективной оценки описанного выше метода лечения синдрома тазовой боли было проведено обследование двух групп больных хроническим простатитом. В первую группу (клинического сравнения) были включены пациенты, которым ранее проводилось лечение различными методами, но без применения ПЗБВ (111 пациентов). Во вторую группу (основную) было включено 128 больных, лечение которым проводили по описанным выше принципам. Критериями оценки эффективности терапии были как субъективные, так и объективные данные.

Для оценки эффективности проведенной терапии нами были использованы индекс симптомов хронического простатита NIH-CPSI (1999) и международная система суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы.

В процессе лечения отмечена хорошая переноси-

мость ПЗБВ, не было выявлено побочных явлений. Клинический эффект проявлялся в нормализации числа мочеиспусканий, исчезновении болевого синдрома, ирритативной симптоматики. Средний балл качества жизни пациента QoL уменьшился в 1,9 раза, индекс симптомов (NIH-CPSI) снизился в среднем на 8 баллов, по шкале IPSS на 7 баллов.

У больных второй группы ультразвуковые, реографические, функциональные и радионуклидные показатели, характеризующие состояние мочеполовой системы достоверно ( $p < 0,05$ ) отличаются от исходных, чему пациентов в первой группе. Это свидетельствует о более быстром завершении патологического процесса, и, следовательно, о клинической эффективности метода. Результаты ультразвукового исследования состояния мочеполового венозного сплетения у больных во второй группе после курса лечения свидетельствуют о нормализации его анатомо-функциональных параметров. Данные реографии также свидетельствуют о существенном улучшении кровообращения в малом тазу, причем после сеансов ПЗБВ показатели реографии приближаются к нормальным цифрам. Активность сократительной функции детрузора характеризуется наличием остаточной мочи после мочеиспускания. У больных второй группы этот показатель уменьшился почти в 3 раза. Это свидетельствует о нормализации сократительной функции детрузора. Результаты гамма-сцинтиграфии говорят о том, что восстановление уродинамики верхних мочевыводящих путей и экскреторной функции почек у больных второй группы происходит быстрее. Суммарно положительный эффект выявлен у 92,4% больных. Резюмируя приведенные выше результаты, есть основания

предполагать, что синдром конгестии имеет междисциплинарное значение. К сожалению, нарушения венозной гемодинамики, как важная составляющая патогенеза различных заболеваний, особенно висцеральных, не привлекает должного внимания, а тем самым и поискам методов воздействия на неё. Проблема конгестии, как этиопатогенетического механизма ряда заболеваний нуждается в более глубоком клиническом изучении, ибо её сложность в существенной мере связана с анатомическими вариантами (многообразными) венозного бассейна малого таза и, возможно, других анатомических областей организма человека.

Литература:

1. Васильев Ю. В., Малышев В. В. Коррекция нарушений кровообращения в малом тазу при хронических заболеваниях мочеполовой системы. // Фармакологическая регуляция адаптивных и компенсаторных реакций организма. Иркутск, 2004. С. 9-12.
2. Васильев Ю. В., Васильева А. Ю., Растомпахов С. В. и соавт. // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН, 2003, № 5.
3. Васильев Ю. В. и соавт. Тазовая конгестия: патогенетическое значение при урогенитальных заболеваниях у мужчин. // Иркутск, 2004. — С. 184.
4. Nickel J. C., Weidner W. *Infect. Urol.*, 2000. — 13. — P. 22.
5. Taylor H. C. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1949. — 57. — P. 211-230.
6. Zermann D. H., Ishigooka M., Doggweiler R., Schmidt R. A. University of Colorado Health Science Center, Denver. — *Infect. Urol.*, 1999. — 12(3). — P. 84-88, 92.

**Yu.V.Vasiliev, S.V.Rastomahov, A.S.Kogan**

*SC RRS ESSC SB RAMS*  
*Irkutsk, Russia*

**The summary:** In the represented publication have been expounded the actual problems of venous stasis (congestion) as a cause of not only urogenital inflammatory pathology of male patients, but also problems of pelvic pain syndrome. The problem of congestion as a cause of varied diseases of both male and female patients of different ages is still not solved. In this study authors have represented literature data about the problem of congestion and a high effective apparatus for non-invasive influence on pelvic venous hemodynamics. The effectiveness of its employment has been corroborated by methods of Evidential Medicine using the most perfect diagnostic technologies. The employment of the changeable pressure-influence if there is congestion in the pelvis region, objectively improves urination, brings to removal of pain and pelvic venous congestion.

Растомпахов Сергей Викторович  
**E-Mail:** subrosa@mail.ru