

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ТАЗОВОЙ БОЛИ (ЧАСТЬ II)

Г. Р. Абузарова^{1,2}, Р. Р. Сарманаева^{1,2}, О. Н. Кирсанова¹, А. М. Зайцев¹

¹ Московский научно-исследовательский институт имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Ввиду обширности представленного материала статья разделена на две части. В первой приводятся данные литературы, обобщающие особенности патогенеза, распространенности и механизма возникновения различных типов онкологической боли, а также авторская классификация болевых синдромов в онкогинекологии. Отдельно описаны клиника и диагностика тазовой боли, дана характеристика отечественных обезболивающих препаратов для ее фармакотерапии, указаны показания к назначению препаратов, лекарственные формы, разовые и суточные дозы для терапии сильной и умеренной боли, а также противопоказания и возможные ограничения. Представленный материал дополнен описанием случаев из клинической практики.

Ключевые слова: онкогинекология, тазовая боль в онкологии, фармакотерапия тазовой боли, интервенционные методы терапии тазовой боли

Для цитирования: Абузарова Г. Р., Сарманаева Р. Р., Кирсанова О. Н., Зайцев А. М. Интервенционные методы терапии тазовой боли (часть II) // Онкогинекология. — 2026. — № 2. — С. 69.

INTERVENTIONAL METHODS OF PELVIC PAIN THERAPY (PART II)

G. R. Abuzarova^{1,2}, R. R. Sarmanaeva^{1,2}, O. N. Kirsanova¹, A. M. Zaitsev¹

¹ Herzen Moscow Scientific Research Institute, a branch of the Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

² Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Due to the vastness of the presented material, the article is divided into two parts. The first section provides literature data summarizing the features of the pathogenesis, prevalence and mechanism of occurrence of various types of oncological pain, as well as the author's classification of pain syndromes in oncogynecology. The clinic and diagnosis of pelvic pain are described separately, the characteristics of domestic painkillers for its pharmacotherapy are given, indications for prescribing drugs, dosage forms, single and daily doses for the treatment of severe and moderate pain, as well as contraindications and possible limitations are indicated. The presented material is supplemented by a description of cases from clinical practice.

Keywords: oncogynecology, pelvic pain in oncology, pharmacotherapy of pelvic pain, interventional methods of pelvic pain therapy

For citation: Abuzarova G. R., Sarmanaeva R. R., Kirsanova O. N., Zaitsev A. M. Interventional methods of pelvic pain therapy (Part II) // Oncogynecology. — 2026. — No. 2. — S. 69.

Фармакотерапевтический подход к терапии боли в онкогинекологии является классическим. Однако в последние годы на фоне понимания механизмов боли, реабилитационных технологий, психотерапевтических методов и интервенционных методов воздействия на пути проведе-

ния боли концепция терапии боли претерпевает значительные перемены. Фармакотерапия онкологической боли остается важным инструментом в лечении боли, одновременно сейчас начинают активно применяться психотерапевтические методики, реабилитационные мероприятия

в рамках возможного. С появлением новых высокоселективных нейромодуляционных методов обезболивания растет внимание к их раннему назначению на этапах противоопухолевой терапии, а не только при плохой переносимости или недостаточной эффективности сильных опиоидов. Вопрос в настоящее время широко дискутируется. Современные интервенционные методы обезболивания крайне многообразны и включают нейrolитические деструктивные и недеструктивные методы: блокады, нейромодуляцию и др. Приоритет конкретного метода обусловлен распространенностью болевого синдрома, его локализацией и характером [1]. Для выбора метода нужно понимать, что нейрональная регуляция функции тазовых органов является совокупностью висцеральной и соматической иннервации. Схематично зоны иннервации промежности представлены на рисунке 1 [2].

При болях, возникающих в зоне дистрибуции отдельного нерва, может быть применен нейролизис отдельного нерва (в плане онкогинекологии наибольший интерес представляет половой нерв). При висцеральных болях, связанных с местным распространением на органы малого таза и тазовую брюшину, но не в мышцы тазового дна, могут быть применены методы нейролизиса верхнего, нижнего подчревного и непарного ганглиев. При болях, обусловленных метастатическим поражением костей, лимфати-

ческих узлов, двусторонних болях, при болях, обусловленных канцероматозом или болях в крестце методом выбора, обеспечивающим устойчивый воспроизводимый контроль боли, является интратекальная опиоидная терапия.

Верхнее подчревное сплетение (верхнее гипогастральное) является ключевым симпатическим узлом для висцеральной тазовой боли (матка, яичники, верхняя треть влагалища, мочевого пузыря, прямая кишка). Оно расположено на уровне L5-S1 позвонков, ниже бифуркации аорты и отвечает за симпатическую иннервацию дистальных отделов толстой кишки (нисходящая ободочная, сигмовидная), прямой кишки, верхних отделов мочевого пузыря, простаты, матки. Его преобладающая функция — торможение перистальтики, сокращение сфинктеров, эякуляция. Показанием к нейролизису является поражение тазовой брюшины, эндометриоз, опухоли малого таза — рецидивы опухолей прямой кишки, матки, мочеточников, мочевого пузыря, метастазы в лимфатические узлы таза. Опубликованные исследования показали клинически значимое обезболивание при онкологической тазовой боли: данные говорят об уменьшении боли свыше 50 %, длительнее, чем на один месяц, что повлекло редукцию дозы опиоидов на 40 %. Рандомизированные данные ограничены, но проспективные и сравнительные исследования подтверждают эффектив-

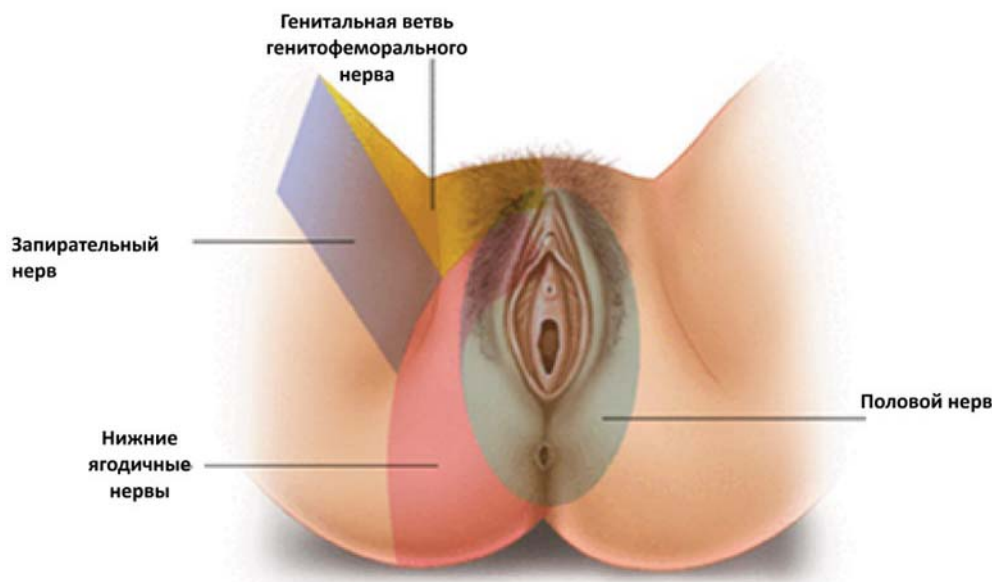


Рис. 1. Зоны иннервации кожи промежности

ность и приемлемую безопасность [3]. Нейролизис может выполняться под контролем рентгенографии, компьютерной томографии и УЗИ. Классическим является боковой доступ под рентгенографическим контролем. Он выполняется с двух сторон для введения нейролитического агента справа и слева от тела позвонка L5, по сути, в области мыса крестца. Относительно новым является чрездисковый доступ, когда введение осуществляется через одну иглу через межкостистую связку, сквозь дуральный мешок, через диск L5-S1 позвонков. Риск повреждения спинного мозга при доступе трансдурально на уровне L5-S1 отсутствует, так как он заканчивается конусом на уровне середины L1 позвонка у взрослых. Так, игла сразу оказывается на передней поверхности мыса. Доступ требует обязательного назначения антибиотиков для предотвращения дисцита, но является более простым.

Нижнее подчревное (нижнее гипогастральное) сплетение — это парное сплетение, расположенное по бокам от прямой кишки, матки/влагалища и мочевого пузыря. Симпатическая и парасимпатическая иннервация осуществляется им в области нижней трети прямой кишки, мочевого пузыря, простаты, уретры, матки, влагалища, шейки матки. Отвечает за координацию мочеиспускания, дефекации, эрекции. Показаниями к нейролизису нижнего подчревного сплетения является рак мочевого пузыря, рак предстательной железы, рак шейки матки, тела матки, яичников, рак уретры, интерстициальный цистит в терминальной стадии. Введение осуществляется справа и слева через крестцовые отверстия S2 на передней поверхности крестца.

Показания к нейролизису нижнего и верхнего подчревных сплетений близки, блокада нижнего подчревного сплетения может дополнять блокаду верхнего и является предпочтительной при болях с выраженным промежностным компонентом, особенно при одностороннем болевом синдроме. Эффективность нейролизиса показана в ограниченном количестве исследований, так, в работе S. A. Mohamed с соавторами после двустороннего трансакрального нейролиза фенолом 10 % средний показатель по ВАШ сни-

зился с $7,22 \pm 1,31$ до $4,06 \pm 1,73$ на 7-й день; суточная доза перорального морфина уменьшилась с $106,7 \pm 32,9$ мг до $61,7 \pm 40,5$ мг; серьезных осложнений не отмечено [4].

Перианальная или промежностная боль и кокцигодия, в т. ч. пострезекционные боли при вульварных / аноректальных опухолях, хорошо отвечают на нейролиз непарного ганглия, являющийся завершающим в цепочке симпатических висцеральных ганглиев. Он располагается ретроперитонеально на передней поверхности последних крестцовых позвонков в области крестцово-копчикового соединения. Современные обзоры и небольшие серии случаев описывают значимое снижение боли и опиоидной нагрузки в случаях низкого риска серьезных осложнений при использовании методов рентгенологического контроля и введении контраста [5, 6, 7].

Половой нерв (S2–S4), формирующийся из сакрального сплетения, обеспечивает чувствительность промежности (наружные половые органы — клитор, половые губы, половой член, нижняя треть влагалища, вульва, зона ануса, наружный анальный сфинктер и мышца, поднимающая задний проход, сфинктер мочеиспускательного канала и бульбоуретральные железы). Его поражение приводит к выраженным ноцицептивным и нейропатическим односторонним болям в этих зонах. Диагностическим критерием диагноза невралгии полового нерва является ответ на его диагностическую блокаду местным анестетиком. Блокада или нейролизис могут применяться на различных этапах лечения. При их выполнении в данном случае лучше использовать радиочастотную или криоанальгезию, так как в межфасциальных пространствах ягодичной области спирт или фенол быстро диффундируют в мягкие ткани и необходимой концентрации и экспозиции спирта или фенола вокруг толстого миелинизированного нерва на длительное время достигнуть не удастся. Описана внушительная серия из 78 наблюдений лечебных блокад полового нерва как компонент мультимодальной анальгезии при брахитерапии шейки матки. Добавление двусторонней блокады 1 %-м ропивакаинном к общей анестезии снизило медиану боли (ВАШ 1 vs 2,5; $p = 0,003$),

долю «неприемлемой» боли (33 % vs 63 %; $p < 0,001$) и потребление опиоидов без увеличения нежелательных клинических событий. Авторы рекомендуют рутинное включение блокад полового нерва в мультимодальные схемы при брахитерапии [8].

Блокады и нейролизис полового нерва, широко применяющиеся в лечении тазовой боли неопухолевого генеза, при онкологической боли описаны в виде отдельных успешных клинических случаев и небольших серий наблюдений. Гораздо большее число наблюдений касается неонкологических пациентов. Описан успешный случай лечения серией блокад с местным анестетиком болей в области вульвы после операции по поводу рака мочевого пузыря и проведения облучения, приведших к снижению боли по НОШ (по 11-балльной шкале — от 0 до 10) с 10 до 3 баллов через 5 месяцев [9].

Для достижения длительного эффекта после однократной процедуры рекомендуется использование РЧА в импульсном или термическом режиме или криоабляции. В любом случае диагностическая блокада должна предшествовать деструктивным манипуляциям на периферическом нерве. Доступ к нерву может быть осуществлен трансвагинально по анатомическим ориентирам или трансклютеально — под контролем либо УЗИ, либо рентгенографии с моторной стимуляцией по ходу продвижения иглы.

После проведения комплексного лечения, включавшего лучевую терапию на область таза, у пациенток может возникать дисфункция крестцово-подвздошного сочленения. При нейроортопедическом осмотре отмечаются характерные для поражения крестцово-подвздошного сочленения симптомы: положительные тесты Патрика (боль при давлении на колено согнутой ноги, поставленной на колено второй конечности), тест Генслена (боль при давлении на свешенную с кушетки ногу), тест на сдавление таза. При МРТ наблюдаются признаки дегенеративно-дистрофического поражения крестцово-подвздошного сочленения, признаки локального остеопороза, но без значимой реакции окружающих тканей, как при классическом артрите. Методом лечения в данной ситуации будет внутрисуставное введение глю-

кортикостероидов и местных анестетиков под контролем рентгенографии либо диагностическая блокада (с последующей денервацией путем РЧА в термическом режиме) медiallyх ветвей спинномозговых нервов, иннервирующих эти суставы. Последний вариант, с учетом большей длительности эффекта, следует признать приоритетным.

Инtrateкальная опиоидная терапия в плане широты воздействия является наиболее универсальным инструментом, позволяющим контролировать одно- или двусторонние, соматические и невропатические, висцеральные боли и их комбинацию. Недостатком метода является необходимость имплантации устройства, позволяющего проводить дискретные введения опиоида инtrateкально. Таким устройством может быть спинальная порт-система или имплантируемая программируемая помпа. При введении в спинномозговую жидкость морфин действует на мю-, дельта- и каппа-опиатные рецепторы в задних рогах спинного мозга, где проходит спиноталамический тракт, обеспечивающий восходящую трансдукцию болевого импульса. Введение морфина к проводящим путям боли позволяет снизить эквивалентную дозу в 100 раз, снизив при этом число побочных эффектов.

Единственное рандомизированное клиническое исследование, проведенное в 2002 г. Т. J. Smith и соавторами, сравнило инtrateкальную опиоидную терапию со стандартным консервативным лечением у пациентов с рефрактерной раковой болью (включая тазовые локализации). На четвертой неделе улучшение контроля боли достигнуто у 84,5 % группы с помпами против 70,8 % пациентов контрольной группы. Снижение боли по НОШ в основной группе составило 52 %, в контрольной — 39 % ($p \approx 0,055$); снижение лекарственной токсичности выглядело еще более значительным: 50 против 17 % ($p = 0,004$). Отмечена тенденция к лучшей шестимесячной выживаемости (53,9 против 37,2 %; $p = 0,06$) [10]. Данный факт может быть обусловлен меньшей лекарственной нагрузкой, большей мобильностью пациентов без болевого синдрома, что предотвращало развитие пневмоний и пролежней, а также феноме-

ном уменьшения опиоид-индуцированной иммуносупрессии.

Инtrateкальная опиоидная терапия может применяться в различных вариациях. При крайне низкой ожидаемой продолжительности жизни могут применяться внешние помпы, как эластомерные, так и программируемые, установленные через тунелированный катетер (рис. 2). При ожидаемой продолжительности жизни до 3 месяцев может быть установлена спинальная порт-система, по которой пациент или его родственники могут дискретно, 1–2 раза в сутки вводить раствор морфина гидрохлорида посредством иглы Губера (рис 3.).

При ожидаемой продолжительности жизни более трех месяцев предпочтение следует отдавать полностью имплантируемым программируемым микродозированным устройствам — помпам.

Клинические примеры

Ниже приводятся два клинических примера лечения хронических тазовых болей у пациенток онкогинекологического профиля с применением различных интервенций.

Клинический пример 1. Пациентка С., 70 лет. Клинический диагноз: рак шейки матки уpT2bN1M0 IIIb ст, комбинированное лечение в 2015 г. Прогрессирование опухолевого процесса (метастазы в параортальные лимфоузлы и метастаз в левой части лонной кости) в 2021 г. Состояние после химиолучевой терапии в фев. 2022 г. Без прогрессирования в 2024 г.

Пациентка обратилась в МНИОИ с болями (НОШ 6–7 баллов) в проекции правого крестцово-подвздошного сочленения. При МРТ (рис. 5): картина выраженного отека в области обоих крестцово-подвздошных суставов (при этом боли беспокоят больше справа). Ситуация расценена как постлучевые изменения, выполнены две блокады правого крестцово-подвздошного сочленения справа (триамцинолон и бупивакаин) под контролем ЭОП. Болевой синдром был успешно купирован, после блокады интенсивность боли уменьшилась до НОШ 2–3 балла, адекватный контроль боли наблюдался длительно — более трех месяцев. Пациентка больше не обращалась для коррекции анальгетической

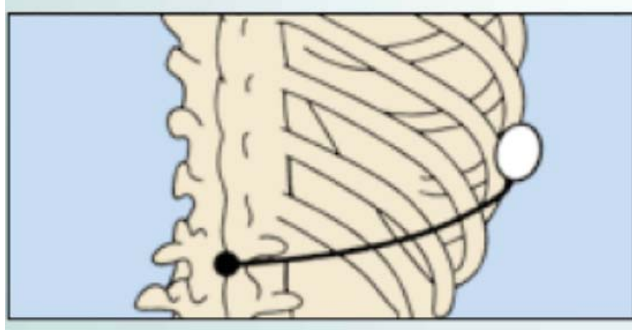


Рис. 2. Схема имплантации спинального порта

терапии. Известно, что она скончалась через 6 месяцев после блокады от конкурирующей сосудистой патологии.

В данной ситуации блокада крестцово-подвздошного сочленения, выполненная дважды (с интервалом 1 сут.), привела к полному контролю боли, возникшей после повторной лучевой терапии. При возобновлении боли было возможно проведение РЧТА.



Рис. 3. Интратекальное введение морфина в спинальный порт

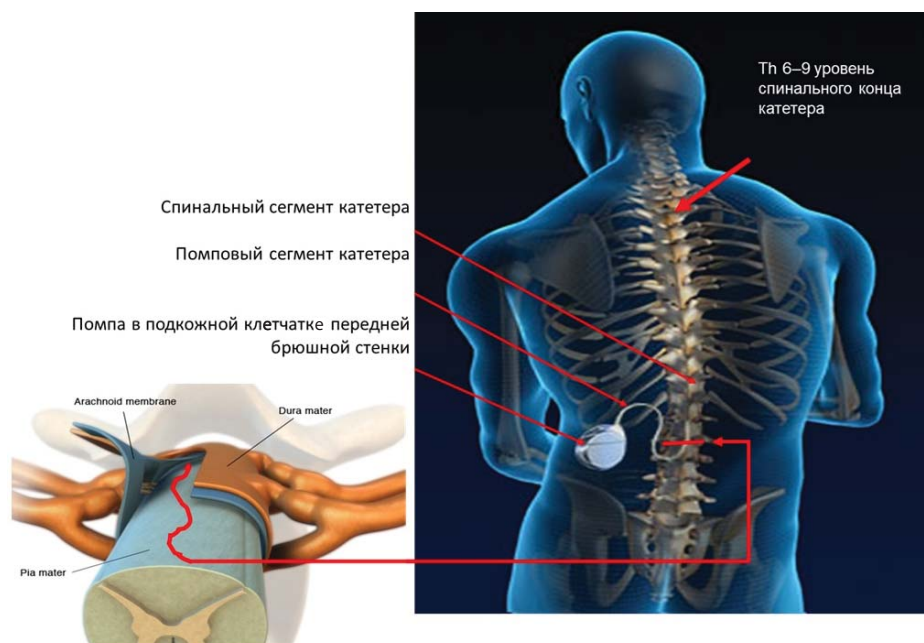


Рис. 4. Схема имплантации интратекальной помпы и катетера

Клинический пример 2. Пациентка Б., 36 лет. Клинический диагноз: рак шейки матки IIIВ ст., T2bN1M0, НАПХТ, операция, ДЛТ. Рецидив, ПХТ II линии (рис. 6А, Б).

Обратилась в июне 2015 г. по поводу болевого синдрома в поясничной области, интенсивность боли до 10 баллов по НОШ, получала ТТС фентанила 100 мкг/ч и более, пероральный морфин длительного высвобождения 90 мг/сут — без

значимого эффекта. Наилучший контроль боли отмечался при введении промедола 7–8 мл/сут, но контроль боли при этом недостаточный (НОШ 5–6 баллов) и непродолжительный — 1–2 часа. Обратилась в МНИОИ имени П. А. Герцена для подбора обезболивающей терапии.

При дообследовании на МРТ было выявлено сужение обоих мочеточников метастазами опухоли (рис. 6, 7).

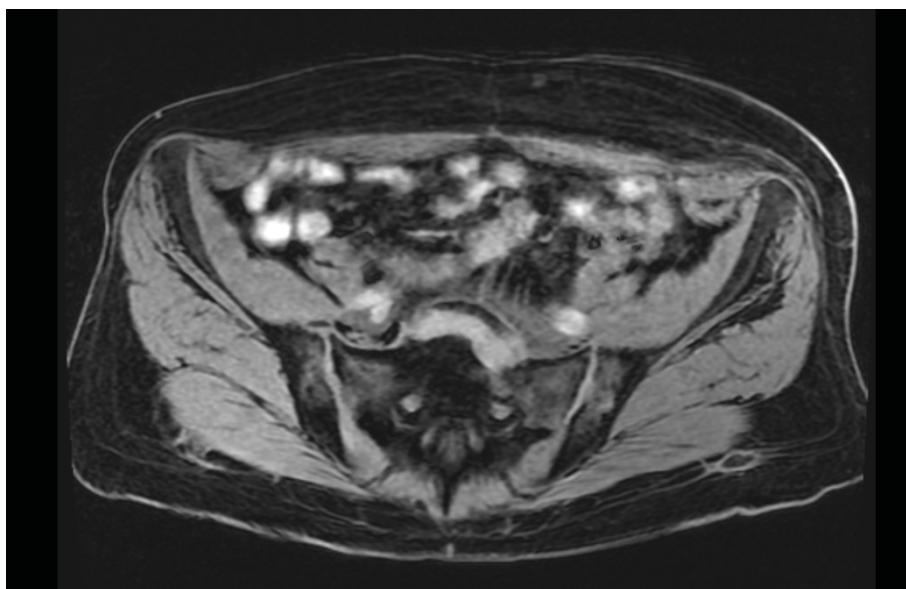


Рис. 5. Клинический случай 1. МР-картина выраженных дегенеративных изменений крестцово-подвздошных сочленений. Картина без динамики 2022–2024 г.

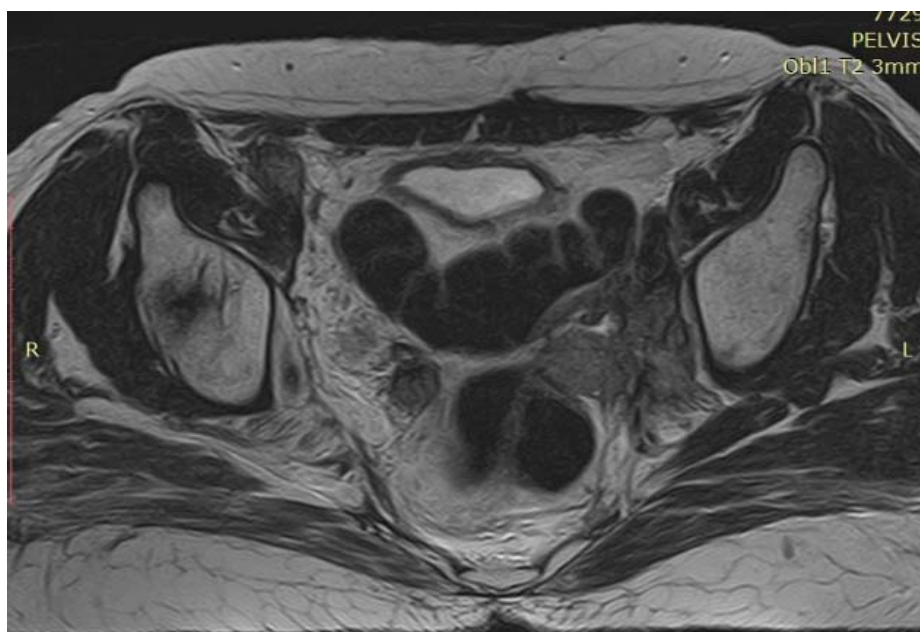


Рис. 6А. Клинический случай 2. МРТ малого таза: слева определяется участок опухолевой инфильтрации неправильной формы без четких контуров размерами до 50×49мм в аксиальном сечении, вовлекающий в процесс тазовую брюшину на протяжении до 50 мм, мезоректальную фасцию на протяжении 34 мм, устье левого мочеточника.

На первом этапе проведено стентирование мочеточников, после чего выполнена операция: «Имплантация программируемой морфиновой помпы в субарахноидальное пространство на уровне L3–4 позвонков». Удовлетворительный контроль боли наблюдался при введении морфи-

на в суточной дозе 1200 мкг в сутки с возможностью дополнительного введения (на «прорыв боли») по 400 мкг до 12 раз в сутки с минимальным интервалом 2 часа, что позволило контролировать базовый уровень боли и ее прорывы на показателях интенсивности по НОШ 1–3 балла.



Рис. 6Б. Клинический случай 2. МРТ малого таза: по ходу тазовой брюшины справа определяется конгломерат размерами до 66×38 мм с вовлечением ее в процесс, инфильтрацией забрюшинной клетчатки; инфильтрат прилежит к боковым массам крестца

Выраженность побочных эффектов интратекального морфина была минимальной (сухость во рту, умеренно выраженная головная боль, которая уменьшилась после приема кофеин-содержащих напитков). Пациентка продолжила противоопухолевое лечение, скончалась через 9 месяцев от почечной недостаточности на фоне прогрессирования основного заболевания.

Обсуждение

Фармакотерапия с использованием неинвазивных методов обезболивания пока остается основным методом контроля боли в онкологии как у пациентов на этапах противоопухолевой терапии, так и в тех случаях, когда ее возможности уже исчерпаны. Преимущества фармакотерапии очевидны. Ее можно проводить, начиная с этапа слабой и умеренной интенсивности боли. Сейчас в нашей стране зарегистрировано и производится достаточно различных неопиоидных и опиоидных анальгетиков для перорального, подъязычного, трансдермального и др. способов введения. Эти неинвазивные препараты, применяемые в средних суточных дозах, позволяют полноценно контролировать онкологическую боль в большинстве случаев, поскольку при плохой переносимости одних есть возможность ротации на другой анальгетик, а применение ряда адъювантов позволяет снизить дозы опиоидов и их неблагоприятные явления (НЯ).

Однако особенностью боли в онкогинекологии является сложная иннервация тазовых органов, при этом ноцицептивная боль, как правило, состоит из висцерального и соматического компонентов и зачастую сопряжена с нейропатической болью, возникающей как результат компрессии нейрональных структур этой зоны. Высокая плотность болевых и других сенсорных рецепторов в этой зоне обуславливает повышенную интенсивность боли, какую мы наблюдаем при орофациальных болевых синдромах.

В своей клинической практике мы часто наблюдаем, как при прогрессировании опухолей малого таза происходит очень быстрая эскалация боли. Применяемые варианты паллиативного лечения (например химиоэмболизация опухоли) ведут к уменьшению объема ЗНО и бывают весьма эффективны, но, увы, недолго.

Высокие дозы опиоидных препаратов в комбинации с антиконвульсантами, антидепрессантами и проч., принимаемых на протяжении длительного времени (более 3–6 мес.), переносятся многими пациентками с трудом. Одно из наилучших сочетаний, по нашему клиническому опыту, — ТТС фентанила и препарат для контроля прорывов боли просидол (МНН: пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин) в таблетках для рассасывания в полости рта. Этот опиоидный анальгетик, как и промедол (МНН: тримеперидин), обладает спазмолитическими свойствами в отношении поперечнополосатой и гладкой мускулатуры. Он очень быстро всасывается (за 10–15 мин) и даже на фоне применения ТТС фентанила обеспечивает быстрое ослабление боли у пациенток с опухолями женской репродуктивной сферы за счет воздействия на висцеральную и соматическую составляющие боли. Однако использование этой комбинации сопровождается быстрым развитием толерантности, физической зависимости, поэтому мы в своей практике не используем ее более 1–2 недель у пациенток с длительным прогнозом жизни.

Опиоид-индуцированные запоры и динамическая кишечная непроходимость (даже на фоне постоянного приема слабительных), когнитивные нарушения и повышенный риск падений (особенно у пожилых), толерантность к опиоидам и постоянное повышение их доз или ротация на другие препараты, а также сложная система выписки препаратов по «розовым» рецептам формы № 107/у-НП — это не полный перечень проблем, с которыми сталкиваются онкологические пациенты, получающие сильные опиоиды.

С другой стороны, следует учитывать, что даже при последовательном применении консервативной терапии боли, в соответствии с рекомендованной лестницей обезболивания ВОЗ, остается значимый контингент пациенток с рефрактерной болью или неприемлемой токсичностью системной анальгезии, что было описано в нашем клиническом случае. Именно для этих случаев обоснован более ранний переход на «четвертую ступень» терапии боли — на интервенционные варианты обезболивания [11].

Современные методы интервенционного воздействия на боль более точные, поскольку проводятся под визуальным контролем (УЗИ, ЭОП) и могут применяться, начиная с этапа противоопухолевого лечения. С нашей точки зрения неправильным и бесперспективным является позиционировать их только как вариант end-of-life therapy (терапия боли в терминальной стадии ЗНО, последних недель или дней жизни). Цель современных высокотехнологичных интервенционных методов обезболивания — улучшить качество активной жизни, создать условия для продолжения противоопухолевого лечения.

Интервенционные методы при тазовой боли могут обеспечить эффективное обезболивание при относительно низком возможном риске осложнений и сокращении лекарственной нагрузки.

Совершенствование методов визуализации, строгое соблюдение асептики и антисептики, применение методов контроля распространения нейролитиков и позиционирования игл, мониторинг состояния пациента позволяют повысить безопасность этих процедур [12]. Важным преимуществом является снижение потребления опиоидов пациентками и, как следствие, минимизация связанных с ними НЯ и рисков.

Нужно отметить и некоторые особенности у онкогинекологических пациенток среди когорты больных с тазовым болевым синдромом. В первую очередь, следует учитывать ожидаемую продолжительность боли и ожидаемую продолжительность жизни. Пациентке, которой предстоит хирургический этап лечения, и пациентке, излеченной от опухоли, но страдающей постлучевым фиброзом в области таза, нужно предлагать разные варианты лечения. Также следует учитывать патологическую анатомию, измененные опухолью ткани, которые могут затруднить позиционирование иглы или сделать невозможным ее продвижение. Так, например, невозможность проведения иглы через инфильтрированные опухолью ткани или лимфатические узлы порой исключает возможность нейролизиса и заставляет выбирать интратекальную опиоидную терапию даже при локальном болевом синдроме. Наблюдая за пациентами с тазовым болевым синдромом опухолевого генеза на первичном приеме, следу-

ет помнить, что не все они имеют «хронический» болевой синдром: боль может свидетельствовать и об остром состоянии, требующем экстренных хирургических манипуляций. Крайне важно не пропустить «красные флаги» такой боли на первичном приеме, провести верный и быстрый дифференциальный диагноз.

Одной из масок ХБС в области таза при онкогинекологических заболеваниях является гидронефроз, обусловленный стриктурой мочеточника после лучевой терапии или внешней его компрессией конгломератом измененных лимфатических узлов. Ректо-вагинальные свищи, требующие хирургических манипуляций — от иссечения свища с пластикой, вплоть до экзентерации и наложения колостомы — также вызывают крайне тягостные боли. На первом этапе у этих пациенток требуется устранить экстренную хирургическую или урологическую патологию. Особого подхода к терапии боли требует дифференциальная диагностика кишечной непроходимости, ущемленные грыжи, межпелтельные абсцессы, дивертикулиты, циститы. В онкологической практике требуется точное анатомическое представление о генезе боли, прогнозе заболевания, стратегии лечения и возможном осложненном течении процесса.

Тазовый болевой синдром в неонкологической практике является диагнозом исключения; требуется консультация всех необходимых смежных специалистов, в число которых часто входит и психиатр, особенно при описании вычурных нетипичных жалоб.

В настоящее время интервенционные методы стали неотъемлемой частью комплексного управления онкологической и неонкологической боли и предлагают быстрый и действенный подход, который сейчас рассматривают на более ранних этапах лечения ЗНО, а не только как средство терапии боли у терминальных пациентов [11, 14].

Выводы

Интервенционные методы лечения хронической боли в онкогинекологии обладают значительным многообразием вариантов. При болях в зоне иннервации одного периферического чувствительного нерва применяются блокады, либо

термическая, либо импульсная абляция нерва, например, верхних ягодичных или полового. При двусторонних болях, обусловленных прогрессирующим опухолевым процессом, наиболее актуальны варианты интратекальной опиоидной терапии, позволяющей купировать диффузные боли микродозами морфина гидрохлорида. При длительном прогнозе жизни оптимально применение имплантируемых программируемых помп, при временных болях или низком ожидаемом прогнозе жизни применяются спинальные порт-системы. Зачастую боли возникают как следствие

проведенного лучевого или хирургического лечения, и в данной ситуации может быть оправданно введение гормонов и местных анестетиков в крестцово-подвздошные суставы или тазобедренный сустав, а также денервация крестцово-подвздошного сочленения.

Таким образом, вопрос лечения хронической боли в онкогинекологии как фактора, крайне негативно влияющего на качество жизни, может и должен обсуждаться в контексте комплексного лечения пациенток на этапах противоопухолевой терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Habib M. H., Schlögl M., Raza S., Chwistek M., Gulati A. Interventional pain management in cancer patients—a scoping review // *Ann Palliat Med.* 2023 Nov;12(6):1198–1214. doi: 10.21037/apm-23-433.
2. Pelvic Pain, pudendal neuralgia by Stephanie Prendergast August 15, 2024 доступно по ссылке <https://pelvicpainrehab.com/blog/neuropathic-pelvic-pain-beyond-pudendal-neuralgia/>
3. Plancarte R., Amescua C., Patt R. B., Aldrete J. A. Superior hypogastric plexus block for pelvic cancer pain // *Anesthesiology.* 1990 Aug;73(2):236–9. doi: 10.1097/0000542-199008000-00008
4. Mohamed S. A., Ahmed D. G., Mohamad M. F. Chemical neurolysis of the inferior hypogastric plexus for the treatment of cancer-related pelvic and perineal pain // *Pain Res. Manag.* 2013 Sep-Oct;18(5):249–52. doi: 10.1155/2013/196561
5. Ferreira F., Pedro A. Ganglion Impar Neurolysis in the Management of Pelvic and Perineal Cancer-Related Pain // *Case Rep Oncol.* 2020 Jan 20;13(1):29–34. doi: 10.1159/000505181
6. Akinwamide O., Syed A., Mehta J., Andrawis M., Zhang H. Ganglion Impar Neurolysis to Treat Refractory Chronic Pain From Vulvar Cancer: A Case Report // *Cureus.* 2024 Sep 24;16(9):e70128. doi: 10.7759/cureus.70128
7. Oliveira J., Bem G., Agrelo A. Ganglion impar block in chronic cancer-related pain — A review of the current literature. // *Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed).* 2024 Oct;71(8):608–618. doi: 10.1016/j.redare.2024.04.013
8. Knox M. C., Thiruthaneeswaran N., Zhong G., Brand A., Herbst U., Flower E., et al. Efficacy and safety of the pudendal nerve block as a component of multimodal analgesia for cervical brachytherapy // *Clin Transl Radiat Oncol.* 2025 Jun 27;54:101001. doi: 10.1016/j.ctro.2025.101001
9. Yu J. H., Lee Y. J., Kim J. Y., Lee W. Y., Lim Y. H. Treatment of radiation-induced vulvar pain via pudendal nerve block under fluoroscopic guidance. // *Urol Case Rep.* 2020 May 27;33:101282. doi: 10.1016/j.eucr.2020.101282
10. Smith T. J., Staats P. S., Deer T., Stearns L. J., Rauck R. L., et al. Implantable Drug Delivery Systems Study Group. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. // *J Clin Oncol.* 2002 Oct 1;20(19):4040–9. doi: 10.1200/JCO.2002.02.118
11. Hochberg U., Ingelmo P., Solé E., Miró J., Rivera G., Perez J. Early Interventional Treatments for Patients with Cancer Pain: A Narrative Review. // *J Pain Res.* 2023 May 18;16:1663–1671. doi: 10.2147
12. Habib M. H., Schlögl M., Raza S., Chwistek M., Gulati A. Interventional pain management in cancer patients—a scoping review // *Ann Palliat Med.* 2023 Nov;12(6):1198–1214. doi: 10.21037/apm-23-433
13. Stearns L. M., Abd-Elsayed A., Perruchoud C., Spencer R., Hammond K., Stromberg K., et al. Intrathecal Drug Delivery Systems for Cancer Pain: An Analysis of a Prospective, Multicenter Product Surveillance Registry. // *Anesth Analg.* 2020 Feb;130(2):289–297. doi: 10.1213/ANE.0000000000004425

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абузарова Гузаль Рафаиловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая центром паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины имени академика А. И. Савицкого ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, e-mail: abuzarova_mnioi@bk.ru

Abuzarova Guzal R., MD, Professor, Head of the Center for Palliative Care for Cancer Patients at the P. A. Herzen Moscow Institute of Medical Sciences — branch of the Federal State Budgetary Institution NMIC of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Professor at the Department of Oncology and Palliative Medicine named after Academician A. I. Savitsky Ministry of Health of Russia, e-mail: abuzarova_mnioi@bk.ru

Сарманаева Регина Рашитовна, кандидат медицинских наук, врач-онколог центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, ассистент кафедры онкологии и паллиативной медицины имени академика А. И. Савицкого ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, e-mail: r.sarm@mail.ru

Sarmanaeva Regina R., Ph.D. of Medical Sciences, Oncologist at the Center for Palliative Care for Oncological Patients of the P. A. Herzen Moscow Institute of Medical Sciences — branch of the Federal State Budgetary Institution NMIC of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Assistant Professor at the Department of Oncology and Palliative Medicine named after Academician A. I. Savitsky of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Medical Education of the Russian Ministry of Health, e-mail: r.sarm@mail.ru

Курсанова Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник нейрохирургического отделения МНИОИ имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, e-mail: o.n.kirsanova@gmail.com

Kirsanova Olga N., Ph.D. of Medical Sciences, Senior Researcher at the Neurosurgical Department of the P. A. Herzen Moscow Institute of Medical Sciences — Branch of the Federal State Budgetary Institution NMITS of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: O. N.kirsanova@gmail.com

Зайцев Антон Михайлович, кандидат медицинских наук, заведующий нейрохирургического отделения МНИОИ имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, e-mail: a.zaitsev@nsi.ru

Zaitsev Anton M., Ph.D. of Medical Sciences, Head of Department of Neurosurgery of the P. A. Herzen Moscow Institute of Medical Sciences — Branch of the Federal State Budgetary Institution NMITS of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: a.zaitsev@nsi.ru