



DOI: 10.31636/pmju.v7i3.4

Хронічний тазовий біль — сучасні пошуки істини

Дзись Н. П., Дністрянська А. П., Превар А. П., Булавенко О. В., Фурман О. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Резюме. Хронічний тазовий біль (ХТБ) залишається актуальною мультидисциплінарною проблемою. Його симптоми — результат взаємодії між психологічними факторами та дисфункцією імунної, неврологічної та ендокринної систем. ХТБ є серйозною проблемою для жінок. Приблизно 14% жінок стикалися з ХТБ хоча б раз у житті. ХТБ є виснажливим і пов'язаним із значними витратами та захворюваністю, а його етіологія є багатофакторною, що часто ускладнює медичне лікування та лікування пов'язаних із ним симптомів. Рекомендації з передової практики рекомендують міждисциплінарний і біопсихосоціальний підхід до лікування. Однак проблема ХТБ потребує подальшого всебічного дослідження та розширення можливих методів ефективного контролю болю та покращення якості життя жіночого населення.

У статті систематизовано дані літературних джерел щодо генезу больового синдрому, засад класифікації, діагностики та менеджменту.

Ключові слова: Хронічний тазовий біль, захворювання органів малого таза, вульварний больовий синдром.

Вступ

Хронічний тазовий біль (ХТБ) — одне з найпоширеніших захворювань в урології та гінекології, багатофакторний розлад, при якому біль виникає в сечостатевої, шлунково-кишкової, кістково-м'язовій системах, що локалізуються в ділянці малого таза або в нервовій системі. Симптоми ХТБ — результат взаємодії між психологічними факторами і дисфункцією імунної, неврологічної та ендокринної систем.

Аналізуючи дані літературних джерел, досвід повсякденної практики, стало зрозуміло, що нижня частина живота та ділянка малого таза є тими анатомічними структурами, які все ще перебувають у стадії

дослідження щодо встановлення генезу больового синдрому, тому мультидисциплінарний підхід до даної проблеми є надзвичайно важливим і вимагає відповіді на ряд невирішених питань.

Актуальність

Поширеність хронічного тазового болю становить від 4 до 16% жінок. Близько 50% випадків залишаються недиагностованими. Лише третина жінок з хронічним тазовим болем звертаються по медичну допомогу.

За статистичними даними, понад 80% жінок із симптомами ХТБ страждають довше 1 року, а третина хворих — довше 5 років перед першим візитом до лі-

каря. Витрати на лікування ХТБ оцінюються приблизно у 880 мільйонів доларів США щорічно. Близько 15% жінок повідомляли про втрату робочих днів, 45% — про зниження ефективності роботи.

На відчуття болю неминуче впливають фізичні, психологічні та соціальні чинники.

Жінка часто усвідомлює ці впливи, але може вирішити не обговорювати їх, побоюючись, що її біль буде трактовано як психологічний або що негінекологічні симптоми будуть розглянуті як такі, що не мають значення. (Інструкція RCOG Green Top No.41 2 з 16 © Королівський коледж акушерів і гінекологів).

Враховуючи поліетіологічність факторів ХТБ, має бути підвищена настороженість стосовно таких пацієнтів. Діагноз ХТБ може бути помилковим і спростувати його в подальшому досить складно через відсутність чітких діагностичних критеріїв.

Тому важливою є саме диференційна діагностика між гінекологічними захворюваннями та іншими причинами болю в ділянці малого таза.

Термінологія ХТБ

Існує багато дискусійних питань щодо підрозділів больових синдромів в ієрархічній таксономії, позаяк асоціації трактують це поняття по-різному.

Так, згідно Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) ХТБ — це періодичний або постійний біль у нижній частині живота або таза жінки, що триває щонайменше 6 місяців, не виникає виключно під час менструації чи статевого акту і не пов'язаний із вагітністю.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) визначає хронічний тазовий біль як “больові симптоми, що сприймаються як такі, що походять від тазових органів/структур, як правило, тривають більше 6 місяців. Це часто асоціюється з негативними когнітивними, поведінковими, сексуальними та емоційними наслідками, а також із симптомами, що вказують на дисфункцію нижніх сечовивідних шляхів, статеву дисфункцію, дисфункцію кишечника, тазового дна, міофасціальну або гінекологічну дисфункцію”.

European Association of Urology (EAU). **Хронічний тазовий біль (ХТБ)** — це хронічний або персистуючий (у тому числі циклічний у разі дисменореї) біль у ділянці таза, наявність якого відзначається протягом ≥ 6 міс. та асоціюється з розвитком негативних когнітивних, поведінкових, сексуальних та емоційних розладів. ХТБ може супроводжуватися симптомами ураження нижніх сечовивідних шляхів, статевих органів, кишечника, тазового дна або гінекологічною дисфункцією.

Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) — наявність ХТБ за відсутності доведеної інфекції чи іншої локальної патології, що могла бути пов'язана з розвитком болю.

Тазовий біль, пов'язаний зі специфічним захворюванням (ТБСЗ), — наявність ХТБ і відомої патології (інфекції, злоякісного новоутворення тощо), що призвела до його виникнення. При локалізації болю в органі використовують конкретніший термін — наприклад, синдром ректального болю. Якщо біль локалізується в кількох органах, то синдром є регіональним больовим синдромом.

Міжнародна класифікація хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я 11-го перегляду (МКХ-11) в січні 2022 року вперше включила хронічний біль (“хронічний біль — біль, який зберігається або повторюється довше трьох місяців”) і розділила кодування на хронічний первинний біль (“хронічний первинний біль є багатфакторним: біологічні, психологічні і соціальні чинники, що сприяють виникненню больового синдрому”) і низку хронічних вторинних больових станів (пов'язаних із раком, післяопераційним, м'язово-скелетним, вісцеральним, невропатичним, головним/орофациальним та іншими).

Класифікація захворювань з проявами ХТБ

Щодо класифікації хронічного тазового болю існувало багато дискусій, які тривають і зараз, адже ця багатфакторна проблема все ще досліджується.

Так, EAU (Європейська асоціація урологів) у 2019 році створила наступну класифікацію, відповідно до наявності чи відсутності відомої причини, локалізації, характеристик больового синдрому та супутніх симптомів:

ISSVD (Міжнародне товариство з вивчення вульвовагінальних захворювань) у свою чергу поділяє гінекологічні захворювання, які можуть бути причиною ХТБ, на (табл. 1):

- первинні гінекологічні больові синдроми (відповідно до того, який із зовнішніх статевих органів уражено — первинний вульварний больовий синдром (локалізований та генералізований), первинний больовий синдром присінка піхви, первинний кліторальний больовий синдром та ін.);
- больові синдроми з боку внутрішніх органів таза (ендометріоз-асоційований больовий синдром, синдром хронічного первинного тазового болю з циклічними загостреннями, первинна дисменорея та ін.).

Критерії та термінологія вульводиї змінювалися кілька разів. У 2019 році Міжнародне товариство з вивчення вульвовагінальних захворювань (ISSVD), Міжнародне товариство з вивчення жіночого сексуального здоров'я (ISSWSH) та Міжнародне товариство тазового болю (IPPS) представили оновлену класифікацію болю вульви та вульводиї (табл. 2). При цьому

Таблиця 1.

Axis I Region	Axis II Region	Axis End-organ as pain syndrome as identified from Hx, Ex and Ix	Axis IV Referral characteristics	Axis V Temporal characteristics	Axis VI Character	Axis VII Associated symptoms	Axis VIII Psychological symptoms
Chronic pelvic pain OR Chronic primary pelvic pain syndrome, formally known as pelvic pain syndrome	Urological	Prostate Bladder Scrotal Testicular Epididymal Penile Urethral Post-vasectomy	Suprapubic Inguinal Urethral Penile/clitoral Perineal Rectal Back Buttocks Thighs	ONSET Acute Chronic ONGOING Sporadic Cyclical Continuous TIME Filling Emptying Immediate post Late post TRIGGER Provoked Spontaneous	Aching Burning Stabbing Electric	UROLOGICAL Frequency Nocturia Hesitancy Dysfunctional flow Urgency Incontinence GYNAECOLOGICAL Menstrual Menopause GASTROINTESTINAL Constipation Diarrhoea Bloating Urgency Incontinence NEUROLOGICAL Dysaesthesia Hyperaesthesia Allodynia Hyperalgesia SEXUOLOGICAL Satisfaction Female dyspareunia Sexual avoidance Erectile dysfunction Medication MUSCLE Function impairment Fasciculation CUTANEOUS Trophic changes Sensory changes	ANXIETY About pain or putative cause of pain Catastrophic thinking about Pain DEPRESSION Attributed to pain or impact of pain Attributed to other causes Unattributed PTSD SYMPTOMS Re-experiencing Avoidance
	Gynaecological	Vulvar Vestibular Clitoral Endometriosis associated CPPPS with cyclical exacerbations Dysmenorrhea					
	Gastrointestinal	Irritable bowel Chronic anal Intermittent chronic anal					
	Peripheral nerves	Pudendal pain syndrome					
	Sexological	Dyspareunia Pelvic pain with sexual dysfunction					
	Psychological	Any pelvic organ					
	Musculo-skeletal	Pelvic floor muscle Abdominal muscle Spinal Coccyx Hip muscle					

(https://d56bochluxqz.cloudfront.net/guideline-images/Tabel-Axis2.2_grijs.png)

варто розуміти, що вульводія — це біль у вульві тривалістю щонайменше 3 місяці без чітко встановленої причини, тоді як біль у вульві завжди буде викликаний певним розладом.

Класифікація вульводії базується на таких параметрах: місце болю; чи є він генералізованим, локалізованим або змішаним; чи є він спровокованим, спонтанним або змішаним; первинний чи вторинний

початок; і часовий патерн (залежно від того, чи є біль періодичним, постійним, негайним або відстроченим).

Варто зазначити, що ХТБ є скоріше складним захворюванням, на розвиток якого впливає багато чинників. У більшості хворих етіологія ХТБ є багатофакторною, а не зумовлена однією причиною. Це пояснює необхідність мультидисциплінарного підходу у менеджменті таких хворих.

Таблиця 2. Класифікація болю вульви та вульводинії.

А. Біль у вульві, спричинений певним розладом	Інфекції (наприклад, рецидивуючий кандидоз, герпес) Запальні захворювання (наприклад, склерозний лишай, плоский лишай, імунобульозні розлади) Неопластичні процеси (наприклад, хвороба Педжета, плоскоклітинний рак) Неврологічні розлади (наприклад, постгерпетична невралгія, компресія або травма нерва, неврома) Травми (наприклад, поріз жіночих статевих органів, акушерська травма) Ятрогенні фактори (наприклад, післяопераційні, хіміотерапія, радіація) Гормональна недостатність (наприклад, сечостатевий синдром менопаузи, вульвовагінальна атрофія, лактаційна аменорея)
В. Вульводинія	Біль у вульві тривалістю щонайменше 3 місяці без чітко встановленої причини, що може мати потенційно пов'язані фактори

Дескриптори вульводинії:

Початок	<ul style="list-style-type: none"> • Первинний біль (початок симптомів виникає при першому провокуванні фізичним контактом) • Вторинний (початок симптомів не виник після першого провокування фізичним контактом)
Локалізація	<ul style="list-style-type: none"> • Локалізований (ураження частини вульви, наприклад, присінка (вестибулодинія), клітора (клітородинія) тощо) • Генералізований (ураження всієї вульви)
Провокація	<ul style="list-style-type: none"> • Спровокований (дискомфорт спровокований фізичним контактом) • Спонтанний (симптоми виникають без будь-якого провокуючого фізичного контакту)
Часовий патерн	<ul style="list-style-type: none"> • Персистуючий (стан зберігається протягом принаймні 3 місяців /симптоми можуть бути постійними або періодичними) • Постійний (симптоми присутні завжди) • Інтермітуючий (симптоми присутні не завжди) • Негайний (симптоми виникають під час провокуючого фізичного контакту) • Відстрочений (симптоми виникають після провокуючого фізичного контакту)

* Слід пам'ятати, що у жінок може бути специфічний розлад (наприклад, вульводинія) (змінено з Bornstein J, Preti M, Simon J et al (2019). Дескриптори вульводинії: міжсоціальний консенсус визначення (Міжнародне товариство з вивчення вульвовагінальних захворювань, Міжнародне товариство з вивчення статевого здоров'я жінок і Міжнародне товариство тазового болю). *J Low Genit Tract Dis* 23(2):161–163.

RCOG (Королівський коледж акушерів та гінекологів Великобританії) також висловив свою позицію, що хронічний тазовий біль часто складається з кількох компонентів. Оцінка повинна бути спрямована на виявлення сприяючих факторів, а не на встановлення причинного зв'язку окремої патології.

Компоненти ХТБ. Етіологія

Провівши огляд рекомендацій, все ж можливо виділити найпоширеніші види хронічного тазового болю відповідно до етіології:

1. Гінекологічний.
2. Урологічний (інтерстиціальний цистит/синдром хворобливого сечового міхура та ін.).
3. Гастроінтестинальний (синдром подразненого кишечника, дивертикуліт, пухлини та ін.).

4. М'язово-скелетний (абдомінальний міофасціальний біль, крижово-клубовий біль/дисфункція).
5. Пов'язаний з ураженням периферичних нервів (попереково-крижова радикулопатія, периферичні нейропатії та ін.).
6. Сексологічний (диспареунія, тазовий біль із сексуальною дисфункцією).
7. Психологічний (патологічний процес в органах таза відсутній, проте будуть виявлятися депресія, тривога, фізичне або емоційне насильство, порушення сну).

Міжнародне товариство з вивчення вульвовагінальних захворювань (ISSVD), Міжнародне товариство з вивчення жіночого сексуального здоров'я (ISSWSH) та Міжнародне товариство тазового болю (IPPS) виді-

ляють наступні ймовірні причини розвитку хронічного тазового болю:

- Супутні захворювання та інші больові синдроми (наприклад, синдром хворобливого сечового міхура, фіброміалгія, синдром подразненого кишечника та ін.).
- Генетика.
- Гормональні фактори (наприклад, гормональна недостатність при сечостатевому синдромі менопаузи або фармакологічно індуковані гормональні порушення).
- Запалення.
- Розлади опорно-рухового апарату (наприклад, гіперактивність тазових м'язів, міофасціальний чи біомеханічний фактори).
- Неврологічні механізми:
 - центральний (хребет, мозок);
 - периферичний: нейропроліферація.
- Психосоціальні фактори (наприклад, настрої, міжособистісні стосунки, пристосування, сексуальна функція).
- Структурні дефекти (наприклад, опущення промежини).

(Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2016;20:126–30).

Існує три запропоновані теорії походження хронічного тазового болю — ноцицептивна, нейропатична і теорія запалення. Ноцицептивний біль, викликаний

В рекомендаціях ACOG зустрічається наступна класифікація:

Вісцеральний біль	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гінекологічний біль: <ul style="list-style-type: none"> • Аденоміоз • Хронічні запальні захворювання органів малого таза • Хронічний ендометрит • Ендометріоз • Лейоміома • Синдром залишків яєчників • Тазові спайки • Вестибуліт • Вульводинія 2. Гастроінтестинальний біль: <ul style="list-style-type: none"> • Целіакія • Колоректальний рак і лікування раку • Дивертикульоз ободової кишки • Запальні захворювання кишечника • Синдром подразненої товстої кишки • Хронічна тріщина відхідника • Хронічний геморой 3. Біль урологічного походження: <ul style="list-style-type: none"> • Пухлини сечового міхура • Хронічна інфекція сечовивідних шляхів • Інтерстиціальний цистит • Хронічний цистит та уретрит • Стриктур уретри • Міхурово-сечовідний рефлюкс • Дивертикул уретри / сечового міхура • Хронічне запалення парауретральних залоз, простатит • Запалення та кісти простати • Уретероцеле
М'язово-зв'язкові, кісткові та неврологічні причини болю	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фіброміалгія 2. Міофасціальні синдроми: <ul style="list-style-type: none"> • Кокцидинія • Синдром м'яза-підіймача ануса (<i>m. levator ani</i>)

	<ul style="list-style-type: none"> • Постуральний синдром • Синдроми черевної стінки (м'язова травма або наявність тригерних точок) • Неврологічні причини болю: <ul style="list-style-type: none"> – Абдомінальна епілепсія; – Абдомінальна мігрень • Невралгія • Невропатичний біль
Психосоціальні причини болю	<ul style="list-style-type: none"> • Насильство: <ul style="list-style-type: none"> – Фізичне, емоційне, сексуальне • Депресивні та тривожні розлади: <ul style="list-style-type: none"> – Великий депресивний розлад, стійкий депресивний розлад (дистимія), спричинений прийомом речовин або ліків депресивний розлад; – Тривожні розлади (генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний)
Соматичні розлади	<ul style="list-style-type: none"> • Розлад із соматичними симптомами (SSD) • Розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин (SUD) (зловживання психоактивними речовинами, залежність від психоактивних речовин)

© 2020 by the American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. Practice Bulletin Chronic Pelvic Pain. VOL. 135, NO. 3, MARCH 2020.

шкідливим подразником, викликає пошкодження тканин. Запальний біль є наслідком запального процесу, тоді як нейропатичний біль з'являється через дисфункцію центральної або периферичної нервової системи.

Ноцицептивний біль. Спеціалізовані рецептори болю включають тільця Мейснера для відчуття дотику, тільця Пачіні для тиску та тільця Руффіні для пропріоцепції. Потім фізичний стимул перетворюється на біохімічний сигнал, що передається по нервових волокнах, головним чином по нервових волокнах типу C.

Біль можна розділити на два основних типи — соматичний і вісцеральний. Вісцеральний біль переважно дифузний, тупий або ниючий. Це може бути пов'язано зі стимулом, який виникає в дерматомі, що забезпечується іннервацією уражених внутрішніх органів. Згаданий біль може проявлятися клінічно у вигляді шкірної гіпералгезії, коли біль викликається подразником, меншим за нормальний. Згаданий біль також може призвести до алодинії, коли невеликий стимул викликає біль. Це частіше спостерігається при хронічному болю. Згаданий біль також може призвести до вторинного скорочення скелетних м'язів у зазначених ділянках. Постійне скорочення цих м'язів призводить до появи міофасціальних тригерних точок.

Ноцицептивний вісцеральний біль може бути спричинений розтягненням органа, спазмами, крововиливом, запаленням, тракцією брижі та новоутворенням. Є багато досліджень, які показують, що ендометріоз може викликати ноцицептивний вісцеральний біль.

Запальний біль. Запалення є поширеною причиною хронічного тазового болю. Запальний біль пов'язаний з явищем перехресної сенсibiliзації. Повторний больовий імпульс від певного органа може призвести до помилкового відчуття болю від органа, що постається тим самим дорсальним корінцевим ганглієм. Це може пояснити зв'язок хронічного тазового болю з синдромом подразненого кишечника та хворобливого сечового міхура.

Багато медіаторів запалення пов'язані з хронічним тазовим болем. Серед них:

Фактор некрозу пухлин (TNF α) — цитокін, що виробляється клітинами, залученими в процес запалення, такими як нейтрофіли, лімфоцити та природні клітинні кілери. Багато досліджень показують його велике значення в розвитку ендометріозу. *Bedaiwy* та ін. показали, що концентрація TNF α вища в перитонеальній рідині жінок з ендометріозом, ніж у контрольній групі. TNF α може збільшити вироблення простагландинів E₂ і F_{2 α} у пацієнток з хронічним болем. Ця ідея може мати деякі клінічні наслідки. Наприклад, рандомізоване контрольоване дослідження з використанням інфліксимабу (анти-TNF α) у пацієнток з глибоким інфільтруючим ендометріозом продемонструвало значне поліпшення стану.

Простагландини. Два основних типи простагландинів, E₂ і F_{2 α} , відіграють важливу роль у розвитку запалення. Вони беруть участь у запальному процесі прямо або опосередковано, стимулюючи вивільнення інших медіаторів запалення, таких як гістамін, серотонін і фактори росту нервів. Простагландини синтезуються ферментом циклооксигеназою з арахідонової кислоти. Фермент ЦОГ існує у двох формах. Показано, що ЦОГ₂ є важливішим і присутній у багатьох запальних клітинах. Багато

заний з явищем перехресної сенсibiliзації. Повторний больовий імпульс від певного органа може призвести до помилкового відчуття болю від органа, що постається тим самим дорсальним корінцевим ганглієм. Це може пояснити зв'язок хронічного тазового болю з синдромом подразненого кишечника та хворобливого сечового міхура.

досліджень показали, що рівень ЦОГ₂ вищий у тканинах пацієнтів з ендометріозом, ніж у нормальному ендометрії. Крім того, естроген підвищує активність ЦОГ₂. Таким чином, антиестрогенні препарати можуть впливати опосередковано на зниження рівня простагландинів.

Фактор росту нервів (NGF) відіграє важливу роль в опосередкуванні болю. Він функціонує для збільшення больових рецепторів, дрібних нервових волокон і симпатичних гангліїв. NGF також діє як медіатор болю, індукуючи експресію субстанції P в уражених ділянках. Деякі дослідження показали високі концентрації NGF в ендометріозних ураженнях. Деякі дослідження показали, що виробництво NGF посилюється естрогеном і пригнічується прогестероном. Оскільки зміна рівня гормонів може впливати на рівень NGF, гормони можуть використовуватися для модуляції болю в клінічних умовах.

Тучні клітини знаходяться в сполучній тканині. Вони зберігають багато медіаторів запалення, таких як гістамін, серотонін і навіть фактор росту нервів. Тучні клітини дегранулюють і вивільняють ці фактори, які викликають біль. Щоб полегшити біль, інгібітори тучних клітин, такі як пентоксифілін, можуть пригнічувати вивільнення медіаторів запалення з гранулоцитів.

Інтерлейкіни. Інтерлейкін-1 спостерігався у високих концентраціях у перитонеальній рідині пацієнток з ендометріозом [23]. Він діє як медіатор запалення і може відігравати роль у фіброзі та спайках. Подібним чином інтерлейкін-8 є ангіогенним і призводить до індукції запальних реакцій [24]. Інші інтерлейкіни також можуть відігравати роль у хронічному болю. Одним із таких прикладів є інтерлейкін 6 (IL-6), хоча це все ще обговорюється. Одне дослідження дійшло висновку, що немає істотної різниці в рівні IL-6 в перитонеальній рідині між пацієнтками з нормальним та хронічним тазовим болем. [25]. З іншого боку, інше дослідження показало підвищені рівні IL-6 у сироватці крові у пацієнток з легким або помірним ендометріозом [26], що свідчить про те, що IL-6 можна використовувати як сироватковий маркер ендометріозу.

Нейропатичний біль може бути викликаний ураженням центральної або периферичної нервової системи. Центральна сенсibiliзація описує дисфункцію центральної нервової системи, яка змушує її продовжувати отримувати сигнали болю навіть після видалення тригерного ураження. Його точний механізм ще недостатньо вивчений. Тим не менш, основними клінічними симптомами центральної сенсibiliзації є шкірна гіпералгезія, яка характеризується зниженням больового порогу в ураженій ділянці, шкірна алодинія, яка визначається як біль від незначного подразнення. Дослідження показали, що ці ознаки значно вищі у пацієнтів із хронічним тазовим болем, ніж у контрольній групі.

Центральна сенсibiliзація була пов'язана з тяжчою дисменореєю, дисхезією, диспареунією та хронічним тазовим болем, а також специфічними особливостями цих типів тазового болю. Іншим доказом невропатичного болю є те, що не всі жінки з ендометріозом страждають від болю. Деякі пацієнтки виявляють ендометріоз випадково під час лапароскопії з інших причин. Це може свідчити про варіації на генному рівні нейронного сприйняття болю. У деяких пацієнток з ендометріозом біль зберігається після видалення вогнища. Якщо ми зможемо ідентифікувати цих пацієнток, ми зможемо уникнути високовартісного лікування та ризику непотрібної операції. Нові лінії лікування невропатичного болю, зокрема нейромодулятори, такі як габапентин і амітриптилін, мають багатообіцяючі результати. У рандомізованому дослідженні 56 пацієнтів із хронічним тазовим болем показали значне покращення оцінки болю при застосуванні габапентину окремо або в комбінації з амітриптиліном.

Діагностика

Процес формування остаточного діагнозу ґрунтується на даних анамнезу та фізикальному огляді. Якщо результати анамнезу та фізикального огляду вказують на можливу специфічну причину ХТБ, то в такому випадку цей факт слід підтвердити додатковими методами обстеження.

Основне і найголовніше, що допомагає визначитись із наявністю чи відсутністю певної визначеної причини ХТБ, — збір анамнезу — має включати в себе:

- Встановлення зв'язку болю із менструаціями, сечовипусканням, статевою активністю та актом дефекації, наявність або відсутність лікування, його ефективність; абдомінальні операції або інфекції в анамнезі та виявлення симптомів “червоних прапорців”, які включають в себе посткоїтальну кровотечу, кровотечу та початок болю в постменопаузі, невмотивовану втрату ваги, появу новоутворень в ділянці малого таза та гематурію.
- Визначення сили больового синдрому самостійно пацієнткою за допомогою візуальної аналогової шкали оцінки інтенсивності болю.
- Оцінка розладів психічного здоров'я, погіршення якості життя.
- Заповнення стандартизованих анкет, які включають в себе запитання щодо впливу поточного стану пацієнтки на якість життя та щоденну життєдіяльність.

Наступним кроком у пошуку ймовірної причини виникнення ХТБ є фізикальний огляд. Він включає в себе стандартний гінекологічний огляд (огляд зовнішніх ста-

тевих органів, дзеркальний огляд, бімануальне обстеження з оцінкою розмірів, консистенції, чутливості та рухливості матки, а також наявності новоутворень придатків матки) з акцентом на виявлення порушень функцій м'язів тазового дна (огляд та пальпація м'язів на предмет чутливості, болючості та гіпертонусу, пальпація попереково-крижового відділу хребта та крижово-клубових суглобів).

Корисним є проведення тесту Карнетта для визначення наявності болю у черевній стінці. Суть тесту полягає у зменшенні больових відчуттів у пацієнтки при пальпації болючої ділянки живота в положенні на спині при піднятих і зігнутих в кульшових і колінних суглобах нижніх кінцівок, за умови, що даний біль вісцерального походження; при міофасціальному генезі болю неприємні відчуття посилюватимуться. Групою японських вчених (Toshihiko Takada, Masatomi Ikusaka, Yoshiyuki Ohira, Kazutaka Noda Tomoko Tsukamoto) було проведено дослідження інформативності даного тесту, його чутливості та специфічності в якості діагностичного для виявлення вісцерального болю та його диференційної діагностики із психогенним болем. Було встановлено, що у пацієнок із психогенним болем або болем у черевній стінці тест зазвичай позитивний, тоді як при наявності внутрішньочеревного болю тест був негативним ($p < 0,001$ відповідно).

Якщо у пацієнтки немає тривожних симптомів і немає точного діагнозу, то є виправданим проведення додаткових методів обстеження, а саме — лабораторних та візуалізаційних. Початкове обстеження включає загальний аналіз крові з підрахунком кількості лейкоцитів та ШОЕ, загальний аналіз сечі, тест на вагітність, виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Трансвагінальне УЗД є важливою частиною обстеження при підозрі на хронічний тазовий біль, для виключення анатомічних аномалій. Якщо при проведенні УЗД було виявлено аномалії розвитку органів сечостатевої системи, то додатково для уточнення характеру даних аномалій може бути проведено МРТ.

У крайньому випадку, якщо пацієнтка відчуває сильний біль та занепокоєння з приводу наявного больового синдрому, може бути проведено діагностичне лапароскопічне втручання під місцевим знечуленням. Під час даної процедури тканини хворої зондуються і уточнюються відчуття пацієнтки, що необхідно для створення карти болю. Дослідження австралійського вченого *Marek Jantos* 2020 року показало, що картування болю є надійним діагностичним методом для вибору подальшої тактики лікування, спрямованої на контроль больових відчуттів. Даний метод також є корисним для встановлення індивідуального профілю болю кожної пацієнтки.

Огляд клінічних досліджень та літератури, присвячених лікуванню ХТБ останніх років, продемонстрував, що доказової літератури щодо лікування хронічного тазового болю недостатньо. На жаль, у випадку хронічного тазового болю фокус лікування часто спрямований на симптоматичне полегшення болю. Зрозуміло, що ідеально точно діагностувати та лікувати основну причину не завжди можливо, однак до цього варто прагнути в кожному конкретному випадку.

Менеджмент ХТБ

Варто пам'ятати, що підхід до лікування хронічних захворювань органів малого таза, зокрема і ХТБ, має бути зосереджений як на основній патології, так і на психологічному аспекті болю, включаючи лікування супутнього розладу настрою. Один із підходів, який може використати лікар, — послідовне медикаментозне лікування розладів, які є найбільш імовірними причинами тазового болю. Призначене лікування повинне бути логічним продовженням діагностичних знахідок; якщо один із методів лікування полегшує тазовий біль, то ймовірність того, що діагноз встановлено правильно, зростає. Однак не варто забувати, що полегшення симптомів не є абсолютним підтвердженням діагнозу, оскільки ефекти лікування часто не є специфічними.

Першим кроком у лікуванні пацієнок з хронічним тазовим болем із невідомим джерелом болю є фармакотерапія, спрямована на контроль болю. Зокрема першою лінією лікування є безрецептурні анальгетики — НПЗП та препарати групи анілідів.

Можуть бути корисними міорелаксанти центральної дії в поєднанні з фізіотерапевтичними методами.

Якщо досягнуто адекватного полегшення болю, подальше лікування може не знадобитись.

При неадекватному полегшенні болю та циклічному характері тазового болю пацієнтці рекомендується замісна гормональна терапія (оральні контрацептиви, депо медроксипрогестерону або внутрішньоматкова спіраль).

При розладі настрою рекомендується терапія антидепресантами (трициклічні антидепресанти або інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну). При хронічному тазовому болю внаслідок підозри на нейропатію, препарати групи трициклічних антидепресантів, що призначаються як монотерапія або в комбінації з неселективними інгібіторами зворотного захоплення моноамінів, є ефективнішими.

Результати досліджень, опубліковані у 2020 році (*Israel Correspondence*), містять інформацію про новітні схеми фармакотерапії, що включають використання наступних препаратів та речовин природного походження:

- Капсаїцин (активна речовина, що добувається з перцю чилі) та його сильніший аналог — рези-

ніфератоксин (речовина, що добувається з молочаю) — уповільнюють швидкість нервової провідності за рахунок зв'язування з рецепторами нервових закінчень і знечулення чутливих больових волокон.

- Ботулотоксин (продукт життєдіяльності *Clostridium botulinum*) — пригнічує викид прозапальних ферментів з тучних клітин, зокрема субстанції P та фактора росту нервів, а також пригнічують вироблення простагландинів; завдяки такому механізму дії може бути призначений у випадках запального генезу ХТБ для усунення гіпертонусу м'язів тазового дна.

Окремим пунктом слід відзначити когнітивно-поведінкову терапію. Вона включає в себе глибоке дихання, навчання технікам контролю (скорочення та розслаблення) м'язів тазового дна і тренування сечового міхура. Тренування сечового міхура вчить пацієнтів контролювати хворобу (наприклад, шляхом подовження періодів між сечовипусканнями за допомогою різних методів відволікання розуму) і, як було доведено, збільшує об'єм сечі та зменшує частоту сечовипускань.

Якщо вищевказані підходи неефективні для лікування болю, пацієнтку направляють до клініки, яка спеціалізується на лікуванні болю. Служби знеболення використовують кілька методів лікування, включаючи полікомпонентні фармакологічні схеми, акупунктуру, терапію біологічного зворотного зв'язку та релаксацію, апарати нервової стимуляції, а також ін'єкції місцевого анестетика у чутливі місця для знеболування ділянки.

Інші, більш рідкісні методи лікування включають в себе:

- Блокаду периферичних нервів і нейромодуляцію сакральних нервів.
- Місцеві ін'єкції кортикостероїдів при пошкодженні крижового нерва.
- Радіочастотну абляцію периферичних нервів або нейромодуляцію за допомогою стимулятора спинного мозку.

Додатковим, але не основним методом лікування ХТБ може бути оперативне втручання. Воно має на меті усунення переважно гінекологічних причин ХТБ у жінок, зокрема, видалення ендометріоїдної тканини, кіст яєчників або симптомної міоми матки. Однак клінічні дослідження показали, що хірургічне втручання не є ідеальним варіантом лікування — після будь-якої гінекологічної хірургічної процедури, пов'язаної з хронічним тазовим болем, біль у пацієнок зменшується на 46%, але при цьому у близько 40% пацієнок хронічний тазовий біль триватиме, а 5% пацієнок скаржаться на посилення болю після операції. Сучаснішим варіантом оперативного лікування є пресакральна ней-

ректомія у малому тазу. Метод показав ефективність більше при циклічному тазовому болю, однак при цьому несе у собі додаткові хірургічні ризики, тому не рекомендований для більшості жінок.

Додатково більшість пацієнок можуть потребувати психотерапевтичного консультування. Воно може здійснюватись у кількох формах:

- Зустрічі з психологом, психіатром або соціальним працівником для обговорення емоційних реакцій на життя, успіхів чи невдач лікування, міжособистісних стосунків.
- Групова психотерапія дозволяє людям порівняти свій досвід із хронічним тазовим болем, подолати тенденцію відсторонюватися та ізолюватися від болю, а також підтримувати одне одного.
- Онлайн або місцеві групи підтримки, які займаються хронічним болем.
- Техніки релаксації допомагають зняти напругу опорно-рухового апарату і можуть включати медитацію, прогресивне розслаблення м'язів, самогіпноз або біологічний зворотний зв'язок.

Висновки

ХТБ є серйозною проблемою для жінок. Приблизно 14% жінок стикалися з ХТБ хоча б раз у житті. ХТБ є виснажливим і пов'язаний із значними витратами та захворюваністю, а його етіологія є багатофакторною, що часто ускладнює медичне лікування та лікування пов'язаних із ним симптомів. Рекомендації з передової практики рекомендують міждисциплінарний і біопсихосоціальний підхід до лікування. Однак проблема ХТБ потребує подальшого всебічного дослідження та розширення можливих методів ефективного контролю болю та покращення якості життя жіночого населення.

References

1. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2020;135(3), e98–e109. Available from: <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003716>
2. Cottrell AM, Schneider MP, Goonewardene S, Yuan Y, Baranowski AP, Engeler DS, et al. Benefits and Harms of Electrical Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. European Urology Focus [Internet]. 2020 May;6(3):559–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euf.2019.09.011>
3. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodinia. Journal of Lower Genital Tract Disease [Internet]. 2016 Apr;20(2):126–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/lgt.0000000000000190>
4. Dydyk AM, Gupta N. Chronic Pelvic Pain. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119472/>

5. Takada T, Ikusaka M, Ohira Y, Noda K, Tsukamoto T. Diagnostic Usefulness of Carnett's Test in Psychogenic Abdominal Pain. *Internal Medicine* [Internet]. 2011;50(3):213–7. Available from: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.50.4179>
6. Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: A randomized, placebo-controlled trial. *Fertility and Sterility* [Internet]. 2004 Oct;82(4):878–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.03.046>
7. Bornstein J, Preti M, Simon JA, As-Sanie S, Stockdale CK, Stein A, et al. Descriptors of Vulvodynia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). *Journal of Lower Genital Tract Disease* [Internet]. 2019 Apr;23(2):161–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/lgt.0000000000000461>
8. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Journal of Lower Genital Tract Disease* [Internet]. 2016;20(2):126–30. Available from: https://www.nva.org/wp-content/uploads/2015/01/2015_ISSVD_ISSWSH_and_IPPS_Consensus_Terminology.2.pdf
9. Yosef A, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, Cua G, Bedaiwy MA. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment. *Middle East Fertility Society Journal* [Internet]. 2016 Dec;21(4):205–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2016.08.001>
10. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2020;17(9):3005. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093005>
11. Jantos M. Pain mapping: A mechanisms-oriented protocol for the assessment of chronic pelvic pain and urogenital pain syndromes. *Pelviperiology* [Internet]. 2021 Aug 20;39(1):3–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.34057/ppj.2020.39.01.002>
12. Martínez S, Garrido N, Coperias JL, Pardo F, Desco J, García-Velasco JA, et al. Serum interleukin-6 levels are elevated in women with minimal–mild endometriosis. *Human Reproduction* [Internet]. 2006 Oct 24;22(3):836–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/del419>
13. Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kress HG, Frickey N, Ellend A, Gleiss A, et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: A randomized controlled pilot study. *Wiener klinische Wochenschrift* [Internet]. 2005 Nov;117(21–22):761–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00508-005-0464-2>
14. Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;128:e78–84. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/09/persistent-vulvar-pain>
15. Chronic Pelvic Pain. Guidelines European Association of Urology Guidelines [Internet]. 2022. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain>
16. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain (Green-top Guideline No. 41). Guidelines Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Internet]. 2012. Available from: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/the-initial-management-of-chronic-pelvic-pain-green-top-guideline-no-41/>
17. Lamvu G. Abstracts from the International Pelvic Pain Society (IPPS) Annual Scientific Meeting on Pelvic Pain 2019. *PAIN Reports* [Internet]. 2020 Mar;5(2):e815. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/pr9.0000000000000815>

Chronic pelvic pain — current search for truth

Dzis N. P., Dnistrianska A. P., Prevar A. P., Bulavaenko O. V., Furman O. V.

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia

Abstract. *Chronic pelvic pain (HTB) remains a relevant multidisciplinary problem. Its symptoms are the result of interaction between psychological factors and dysfunction of the immune, neurological and endocrine systems. HTB is a serious problem for women. Approximately 14% of women experienced HTB at least once in their lives. HTB is grueling and related to significant costs and incidence, and its etiology is multifactorial, which often complicates medical treatment and treatment of associated symptoms. Best practice guidelines recommend an interdisciplinary and biopsy-chosocial approach to treatment. However, the problem of HTB requires further comprehensive study and expanding possible methods of effective pain control and improving the quality of life of the female population.*

The article systematizes literary sources on the genesis of pain, the principles of classification, diagnostics and management.

Key words: *chronic pelvic pain, pelvic diseases, vulvar pain.*