



Сучасний погляд на проблему лікування синдрому хронічного тазового болю у хлопчиків

Коноплицький В. С., Дмитрієв Д. В., Лукіянець О. О., Шавлюк Р. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Резюме. У статті розглянуто основні причини виникнення синдрому хронічного тазового болю (СХТБ), змалювано деякі патогенетичні його механізми. Зазначено, що в теперішній час СХТБ, незважаючи на свою значну розповсюдженість, залишається недостатньо вивченим захворюванням, яке важко піддається лікуванню, адекватність якого можлива лише за умов чіткої топічної та нозологічної діагностики. На сьогодні відсутні чітко визначувані етіологічні фактори розвитку СХТБ, а існуючі суперечливі дані стосовно діагностичних критеріїв значно знижують можливість чіткої постановки діагнозу. Крім того, дотепер відсутній єдиний підхід до вибору оптимальних методів лікування СХТБ, а оцінка великої кількості існуючих методів лікування цього захворювання утруднена через відсутність стандартизованої системи оцінки результатів лікування. Перераховані обставини, разом із стійким перебігом захворювання, призводять до формування невротичних станів, що підкреслює не тільки суто медичне, але й соціальне значення проблеми підвищення ефективності діагностики та лікування СХТБ у хлопчиків на сучасному етапі. Запропоновано алгоритм діагностики та лікування СХТБ, який базується на індивідуальному та всебічному обстеженні пацієнтів шляхом мультидисциплінарної взаємодії з фахівцями інших, дотичних до даного конкретного випадку спеціальностей, що дозволяє обрати патогенетично обгрунтовану тактику лікування.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, діти, хлопчики, комплексна діагностично-лікувальна програма, мультидисциплінарний підхід.

Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) турбує, за оцінкою різних авторів, від 9 до 24 % населення. Чоловіки страждають від тазового болю удвічі рідше, ніж жінки. У більшості пацієнтів причини СХТБ залишаються до кінця не з'ясованими. Згідно з визначенням Міжнародної асоціації з питань вивчення болю, СХТБ являє собою самостійне захворювання, яке проявляється постійними болями в нижніх відділах живота і попереку упродовж 6 місяців і більше [1, 2].

Для СХТБ характерні 6 облігатних ознак: 1) тривалість больового синдрому ≤ 6 міс; 2) низька ефектив-

ність терапії; 3) невідповідність вираженості болю за відчуттями пацієнта до вираженості ушкодження тканин; 4) наявність ознак депресивних розладів; 5) прогресуюче обмеження фізичної активності; 6) наявність розладів поведінки.

В сучасній літературі відсутня чітка класифікація СХТБ, однак виділено причини його виникнення (табл. 1).

З метою персоніфікованого уточнення етіології та патогенезу СХТБ, підбору оптимальної терапії потрібне застосування мультидисциплінарного підходу, який має базуватись на даних нейроанатомії, позаяк органи

Таблиця 1. Імовірні причини виникнення хронічного тазового болю

Причини виникнення СХТБ	Нозології
I. Біль генітального походження	<ol style="list-style-type: none"> 1. Підгостре або хронічне запалення статевих органів 2. Пухлини статевих органів 3. Злуковий процес у малому тазу 4. Післяопераційна травматична невропатія
II. Біль урологічного походження	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пухлини сечового міхура 2. Хронічна інфекція сечовивідних шляхів 3. Інтерстиціальний цистит 4. Хронічний цистит та уретрит 5. Стриктур уретри 6. Міхурово-сечовідний рефлюкс 7. Дивертикул уретри /сечового міхура 8. Хронічне запалення парауретральних залоз, простатит 9. Запалення та кісти простати 10. Уретероцеле
III. Біль колопроктологічного походження	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронічний коліт (НВК, хвороба Крона) 2. Злукова хвороба 3. Дивертикульоз ободової кишки 4. Вентральні грижі 5. Синдром подразненої кишки 6. Хронічні закрепи 7. Хронічна тріщина відхідника 8. Хронічний проктит 9. Хронічний геморой 10. Пухлини товстої кишки
IV. М'язово-зв'язкові, кісткові та неврологічні причини болю	<ol style="list-style-type: none"> 1. Міофасціальний синдром передньої черевної стінки, тазового дна та м'язів таза 2. Кокцигодія 3. Фіброміялгія (дифузний симетричний м'язово-скелетний біль) 4. Дегенеративні захворювання суглобів 5. Вертебральний синдром 6. Невралгії 7. Втягнення шкірних нервів у післяопераційний рубець 8. Тунельні невропатії
IV. Судинні розлади в ділянці таза, передньої черевної стінки, геніталій	<ol style="list-style-type: none"> 1. Варикозне розширення вен малого таза 2. Варикоцеле
V. Психологічні причини	<ol style="list-style-type: none"> 1. Емоційні проблеми (депресія)
VI. Інші причини	<ol style="list-style-type: none"> 1. Порфірія 2. Автоімунні процеси 3. Цитостатична хвороба

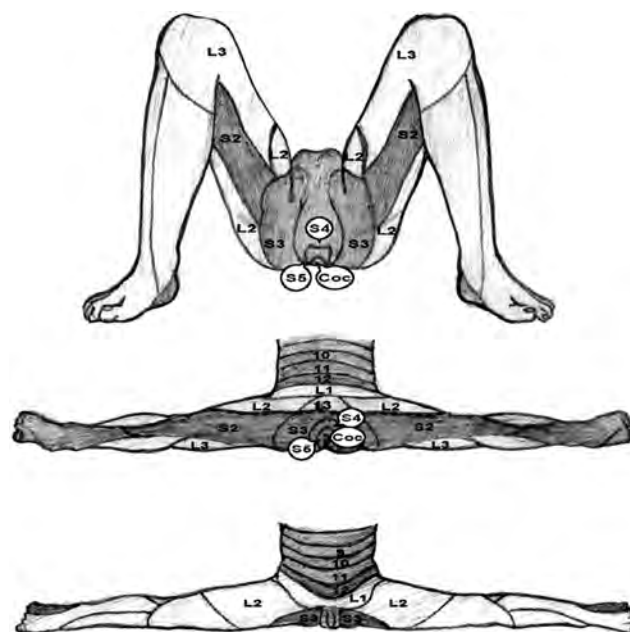


Рис. 1. Схема сегментарної чутливої іннервації тазової ділянки

малого таза тісно пов'язані між собою, мають спільну аферентну та еферентну іннервацію, кровопостачання, м'язово-зв'язковий апарат. Аферентні волокна, що відповідають за іннервацію нижнього поверху черевної стінки, промежину та внутрішні органи таза, потрапляють у спинний мозок на рівні D_{10} і нижче. Черевна стінка нижче пупка іннервується сегментами D_{10} – L_{2} , в той час як тазове дно і промежина – сегментами S_2 – S_5 та куприковими нервами. Таким чином, відчуття поверхневого болю виникає за рахунок різноманітних чутливих волокон, які надходять у відносно невелику ділянку спинного мозку (рис. 1).

Больові імпульси при існуванні СХТБ від внутрішніх органів таза можуть розповсюджуватись шляхами, що представлені в таблиці 2.

Наведений аналіз іннервації тазових органів свідчить, що органи малого таза і черевної порожнини мають перехресну іннервацію, сенсорна аферентація від різних анатомічних структур тазової ділянки надходить в одні сегменти спинного мозку. Така подвійна іннервація лежить в основі відчуття іррадіації болю, який може супроводжувати вісцеральний біль; при цьому дифузна та неспецифічна іннервація утруднює визначення топічної локалізації вісцерального тазового болю. Однак деякі закономірності можна відзначити, відштовхуючись від характерних особливостей больових відчуттів при різних патологічних станах. Больові відчуття від дна сечового міхура можуть іррадіювати в нижню або середню частину черевної стінки, а біль з прямої кишки – в передню частину черевної стінки, латеральніше від пупка, або безпосередньо під ним, а якщо задіяна парієтальна очеревина, біль набуває інтенсивнішого характеру та чіткої локалізації. Відчуття болю від брижі, сполучнотканинних утворень та судин таза зазвичай глибокі, тупі з нечіткою локалізацією на

Таблиця 2. Шляхи вегетативної іннервації органів таза

Сплетення	Сегмент спинного мозку	Органи, що іннервуються	
		Сечовиділення	Травлення
Тазове	S ₂ –S ₅	Трикутник сечового міхура, тазовий відділ сечоводів, оточуюча сполучна тканина	Пряма та сигмоподібна кишка
Нижня частина сонячного сплетення	Th ₁₀ –Th ₁₁	Дно сечового міхура	Здухвинна, сліпа кишка та апендикс. Дистальна частина ободової кишки
Аортальне	Th ₁₀ –Th ₁₂	Проксимальна частина тазового відділу сечоводу та оточуюча сполучна тканина	

передній черевній стінці. Залучення в патологічний процес м'язів тазового дна та периферичних нервів відбувається на різних етапах захворювань тазових органів, будучи невід'ємною їх складовою.

Таким чином, ураження органів таза часто "імітує" патологічний процес в інших зонах, що призводить до перехресного підвищення чутливості структур периферичної та центральної НС, які беруть участь в регуляції діяльності органів таза і м'язово-суглобового апарату тазового пояса. Це пояснює той факт, що найчастішим проявом СХТБ є біль у промежині, калитці, надлобковій ділянці, в нижніх відділах живота, пахвинних ділянках та крижовій ділянці.

Враховуючи локалізацію СХТБ та ймовірні причини його виникнення у чоловіків, Міжнародна асоціація з питань вивчення болю [IASP] (International Association for the Study of Pain, 1994) запровадила відповідну класифікацію (табл. 3).

Діагностувати СХТБ можна лише методом виключення будь-яких явних захворювань, що здатні викликати існуючий біль (табл. 4).

Таблиця 3. Класифікація СХТБ у чоловіків за IASP, 1994

	Синдром болю в сечовому міхурі	Інтерстиціальний цистит
	Синдром болю в сечоводі	
	Синдром болю в статевому члені	
Урологічний біль	Синдром простатичного болю	
	Синдром калиткового болю	Синдром болю в яєчку Синдром болю в над'яєчку Синдром судинного болю
	Спастична прокталгія	
Аноректальний біль	Синдром аноректального болю	
	Анізм (диссинергічна дефекація)	
Неврологічний біль	Синдром пудендального болю	
М'язовий біль	Синдром перинеального болю	
	Синдром болю в м'язах тазового дна	

Клінічне обстеження при СХТБ вимагає ретельного збору скарг та анамнезу, при цьому уточнюють раніше перенесені захворювання, травми та операції, супутні захворювання (порушення імунного статусу, цукровий діабет тощо). Обов'язковими є огляд та пальпація зовнішніх статевих органів, промежини, пахвинних ділянок, нижніх відділів живота, пальцьове ректальне дослідження.

Загальний аналіз крові, сечі та сечі за Нечипоренко, з метою скринінгу інфекції сечових шляхів та гематурії, може засвідчити наявність хронічного або підгострого запалення сечостатевої системи, як і бактеріоскопія осаду сечі, а присутність атипичних клітин у сечі дозволяє запідозрити пухлинний процес (рак *in situ*).

УЗД з доплерографією, МРТ та СКТ з контрастним підсиленням ОЧП та органів таза дозволяє визначити наявність та лінійні розміри об'ємних утворень.

Уродинамічне дослідження доцільно проводити тільки тим пацієнтам, у яких були зафіксовані порушення сечовиділення, як і визначення об'єму залишкової сечі та урофлоуметрію.

СХТБ в урологічній практиці є найпоширенішим патологічним станом, для якого характерні біль, печія, важкість або відчуття тиску, що проєктуються в надлобкову ділянку, промежину або калитку. Супутніми СХТБ розладами сечовиділення може бути полакіурія, ніктурія, алгурія або дизурія.

Провідним чинником лікування СХТБ при урологічній патології є лікування "причинної" патології та санация сечовивідного тракту.

Одним із провідних чинників виникнення СХТБ у хлопчиків є патологія в ділянці кульшового суглоба і верхньої частини стегна (через вплив порушення функції м'язів аддукторів стегна та при надмірному подразненні соромітного нерва) (рис. 2).

Всі м'язи-аддуктори виконують функції приведення стегна та обертання його зовні (супінація), згинання-розгинання в кульшовому суглобі та осьової ротації кінцівки, тому будь-яка їх дисфункція супроводжується формуванням СХТБ.

Соромітний нерв часто буває причиною СХТБ внаслідок розвитку компресійної невротатії. Будучи невеликим за довжиною та розташовуючись у порожнині таза, він розділяється на три гілки: ректальну, промежину і дорзальний нерв пеніса (рис. 3).

Таблиця 4. Ознаки важкої супутньої патології при тазових болях у дітей

Клінічна симптоматика	Ймовірна причина болю
Наявність в анамнезі новоутворення таза та/або періанальної ділянки, немотивована втрата маси тіла	Наявність новоутворення (в тому числі злоякісного), метастатична хвороба
Переймоподібний характер болю	Ниркова колька, синдром набряклої та гіперемованої калитки, тазове венозне повнокров'я
Втрата свідомості, судинний колапс (блідість шкіри, гіпотонія, тахікардія)	Кровотеча в черевну порожнину та позаочеревинний простір
Мелена або гематохезія в калі	Шлунково-кишкова кровотеча
Наявність в анамнезі значимої травми	Перелом кісток таза, хребта
Лихоманка та пітливість при болях	Інфекційні захворювання, СНІД
Напруження м'язів передньої черевної стінки, симптоми подразнення очеревини	Гострий апендицит, перитоніт, дивертикуліт, перфорація порожнистого органа і т. п.
Гострий закріп, метеоризм, здуття та асиметрія живота	Вроджені вади розвитку товстої кишки, кишкова непрохідність, гострий апендицит
Біль при дефекації, ректальне визначення новоутворення	Параректальний абсцес або пухлина. Абсцес (інфільтрат) черевної порожнини
Симптоми ураження спинного мозку, порушення чутливості в аногенітальній ділянці, тазові розлади, іррадіація болю в ногу і т.п.	Спінальна/параспінальна пухлина, новоутворення в ділянці "кінського хвоста", спинномозкові грижі, spina bifida, вроджені вади хребта і т. п.

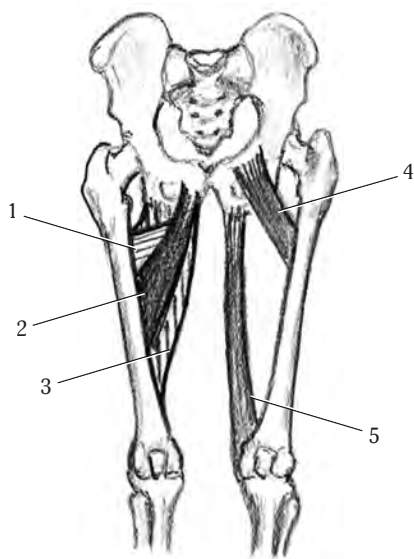


Рис. 2. Схема розташування привідних м'язів стегна: 1 – короткий привідний; 2 – довгий привідний; 3 – великий привідний; 4 – тонкий; 5 – гребінчастий

При цьому соромітний нерв має різноманітні функції, а саме: іннервує м'яз-підйомач відхідника, сфінктери відхідника та сечівника, статеві органи, забезпечує чутливість шкіри навколо статевих органів та відхідника. У складі соромітного нерва знаходиться велика кількість вегетативних волокон, які забезпечують невідому роботу сфінктерів. Больові відчуття пекучого характеру при защемленні нерва виникають у промежині, відхіднику і статевих органах. При цьому біль су-

проводжується зниженням шкірної чутливості в уражених зонах, відчуттям "повзання мурашок" та відчуттям стороннього тіла в уретрі й задньому проході.

З огляду на багатофункціональність соромітного нерва стає очевидним той факт, що при формуванні ним СХТБ останній сприяє також розвитку порушень функцій тазових органів: нетримання калу та сечі, в тому числі неповного, у вигляді каломазання і крапельного нетримання сечі. Важливим діагностичним критерієм є посилення болю в сидячому положенні та зменшення в лежачому. Характерним є односторонній характер ураження. За наявності компресійно-ішемічної нейропатії соромітного нерва, при проведенні УЗД промежини та малого таза з доплерографією майже завжди спостерігається зменшення об'ємної швидкості кровотоку соромітної артерії, через їх спільне проходження в тих самих каналах, а її звуження безпосередньо підтверджує і компресію нерва.

Лікування нейропатії соромітного нерва, протягом не менше 6 місяців, полягає у впливі на невропатичний характер больового синдрому за допомогою габапентину, проведенні регулярних блокад нерва анестетиками з гормонами, фізіотерапевтичному впливі (іонофорез, електрофорез, ампліпульс-терапія), призначення вітамінів групи В та міорелаксантів центральної дії, які дозволяють розслабити м'язи (в тому числі знизити тонус грушоподібного м'яза). Важлива підтримка психолога, іноді – призначення антидепресантів. Призначення ректальних супозиторіїв з діазепамом та спеціальних вправ спрямовані на поступове розслаблення ↔ стиснення м'язів промежини. У випадку неефективності консервативного лікування доцільне про-

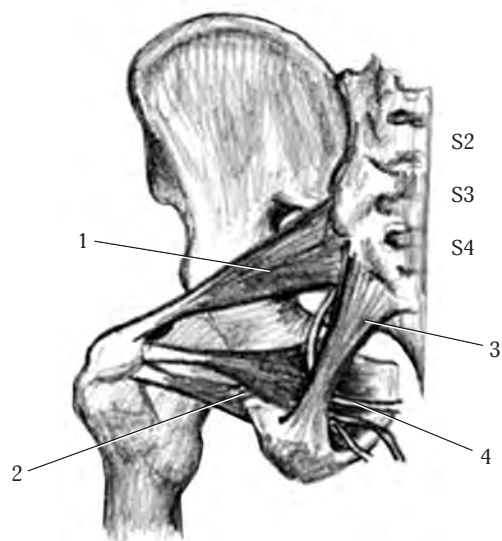
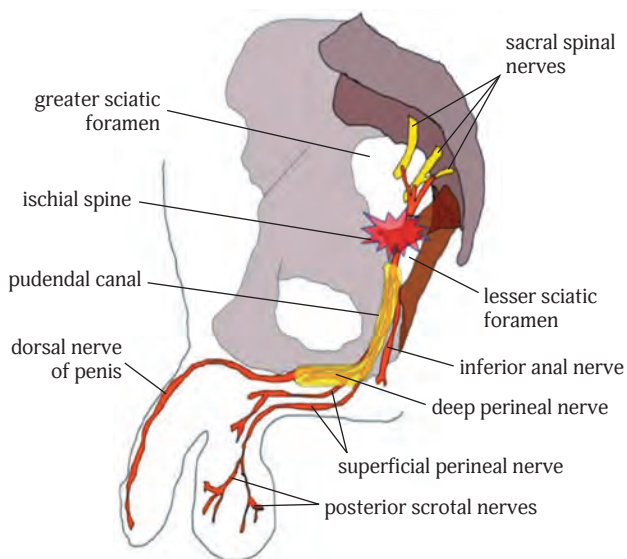


Рис. 3. Анатомо-топографічне розташування соромітного нерва: 1 – грушоподібний м’яз; 2 – зовнішній затульний м’яз; 3 – внутрішній затульний м’яз; 4 – соромітний нерв

ведення декомпресійних оперативних втручань у спеціалізованих центрах.

Розвиток СХТБ можливий внаслідок опосередкованої ішемії при застої у венозній системі таза або при спазмі артерій м’язів діафрагми таза, особливо гілочок соромітної артерії. На думку деяких дослідників, підвищення показників пікової систолічної швидкості та пульсаційного індексу в артеріях і венах м’язів тазового дна свідчить на користь певних чинників СХТБ у вигляді стійких порушень кровотоку (застій, спазм) цієї ділянки.

При ходінні таз здійснює обертальні рухи в усіх площинах, а також бокове похитування. При цьому стабільність таза в поперечному напрямку забезпечується одночасним скороченням привідних м’язів стегна з одного боку та відвідних м’язів стегна (малого та середнього сідничних м’язів, м’яза-натягувача широкої фасції) з іншого, а також напруженням косих м’язів живота. Функціональна слабкість, або патологія з боку малого та середнього сідничних м’язів, викликає функціональне перезавантаження м’яза-натягувача широкої фасції та вкорочення привідних м’язів (рис. 4).

Тригерні точки з привідних м’язів стегна генерують відображений біль не тільки в місці прикріплення до лобкової кістки, але і в пахвинну ділянку та пряму кишку. При цьому характерне посилення тазового болю при ходьбі через скручування таза в різні боки, завдяки чому відповідно змінюється напруження м’язів тазової діафрагми. При однобічній фіксації м’язів таза внаслідок злукового процесу, травми промежили або внаслідок перенесених оперативних втручань у цій ділянці, порушується його біомеханіка, яка викликає СХТБ.

Яскравим проявом СХТБ при патології кульшового суглоба (врожденний вивих стегна, *coxa vara* тощо), а саме – через слабкість середнього сідничного м’яза

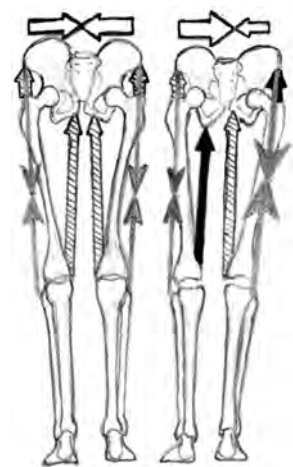


Рис. 4. Схема перезавантаження привідних м’язів стегна при функціональній слабкості середнього та малого сідничних м’язів: А – норма; Б – момент перезавантаження привідних м’язів стегна при патології

внаслідок зближення великого вертлюга з тазом, має місце позитивний симптом Тренделенбурга (рис. 5, 6).

Одним із чинників формування та існування СХТБ, часто на тлі посттравматичної кокцигодії, є застаріла травма куприка, до наслідків якої відносяться: його забій, тріщина, підвивих, вивих, перелом та переломовивих).

Виділяють 4 типи куприкової конфігурації, що відрізняються за напрямком та кутом між куприком і крижовою кісткою. Вважають, що більшість випадків ідіопатичного болю припадає на IV тип (рис. 7).

У нормі між крижовою кісткою та куприком по їх внутрішній поверхні існує фізіологічний кут, який дорівнює $150 \pm 3,7^\circ$. Зміна величини крижово-куприкового кута свідчить про його травматичне пошкодження.

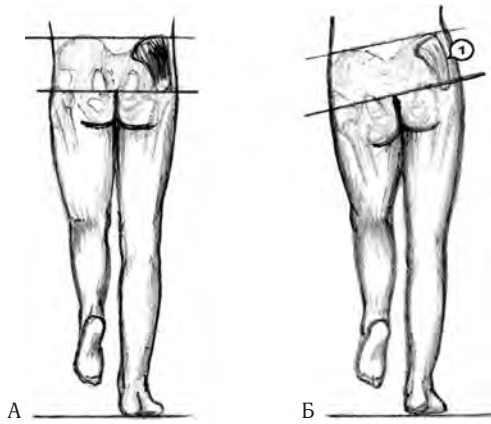


Рис. 5. Проведення тесту Тренделенбурга:

А – норма; Б – позитивний симптом (1 – слабкий середній сідничний м'яз)

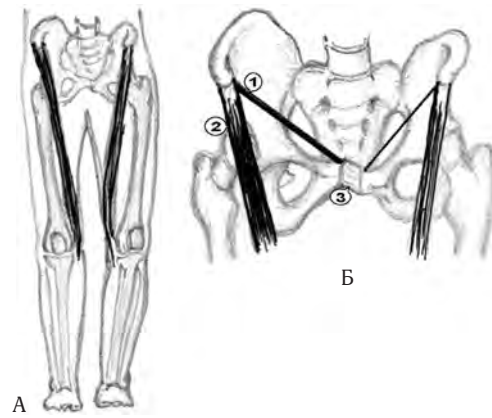


Рис. 6. Схема скручування таза:

А – патобіомеханіка лобкового симфізу; Б – натягнення правої пахової зв'язки при функціональній слабкості правого кравецького м'яза (1 – пахвинна зв'язка; 2 – слабкий кравецький м'яз; 3 – лобковий симфіз)



Рис. 7. Типи конфігурації куприка

Мохов О. И. (2006) запропонував класифікацію травми куприка за трьома ступенями важкості: 140–150° – легка, 120–140° – середня, 90–120° – важка [3].

Діагностика полягає в огляді крижово-куприкової ділянки, який дозволяє з'ясувати деформацію куприка та його рухливість, проведенні пальцевого ректального обстеження, а при наявності деформацій виконується рентгенографія куприка у двох проєкціях, іноді СКТ або МРТ [4].

Консервативне лікування патології складається з дотримання режиму обмеження сидіння, призначення нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) (особливо у формі супозиторіїв), аплікацій мазей та електрофізіопроцедури. При неефективності лікування доцільні блокади з НПЗЗ та анестетиками. За умов неефективності консервативних заходів терапії вирішують питання про кокцигектомію. Слід зазначити, що наявність деформації куприка, а саме його згин уперед, не є показанням до оперативного втручання; в таких випадках орієнтуються на стійкість болювого синдрому.

Ще однією з причин СХТБ є хронічний перебіг пілонідальної хвороби.

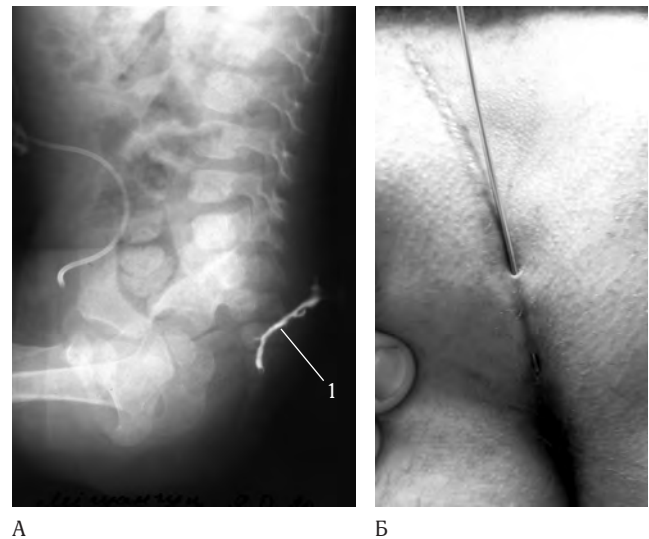


Рис. 8. Пілонідальна хвороба, хронічний перебіг:

А – фістулографія в боковій проєкції: 1 – норицевий хід; Б – вторинний норицевий хід (фото)

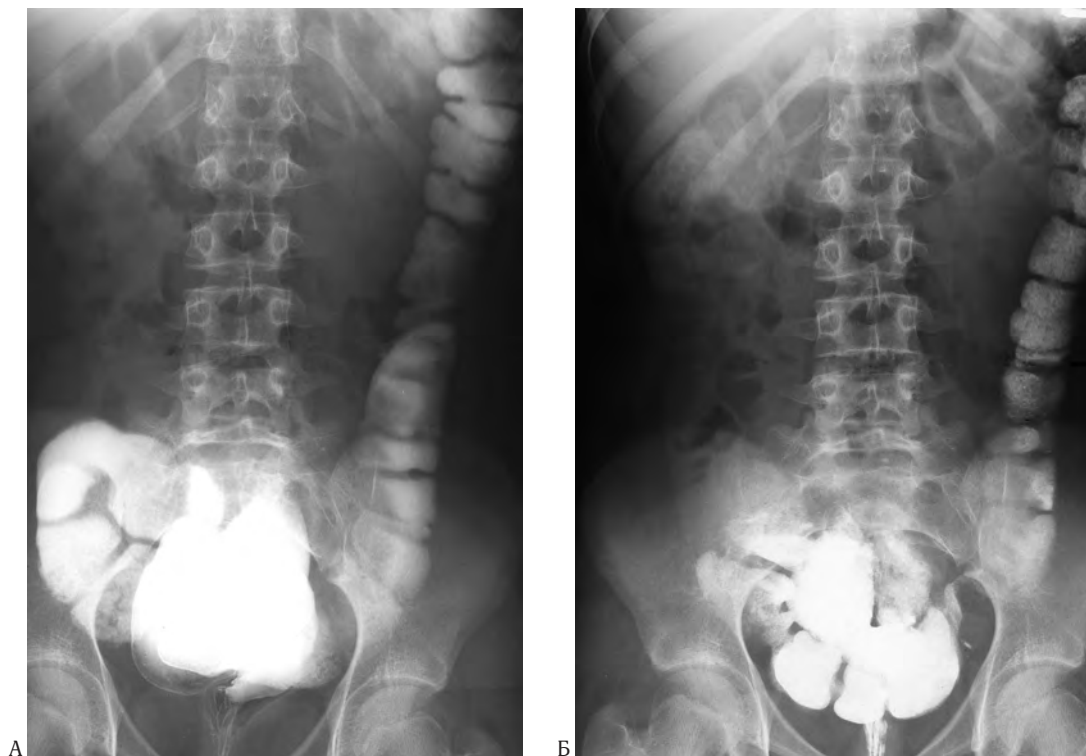


Рис. 9. Хвора Г., 13 р. Д-з: хронічні закрепи, анісмум. Спадкове дегенеративне захворювання нервової системи, прогресуюче з переважанням ураження екстрапірамідної системи, міопатичний синдром, церебрастенія з емоційним ушкодженням. Іригограма в прямій проекції:

А – до випорожнення; Б – після випорожнення

Тривале існування вогнища хронічного запалення у функціонально активній крижово-куприковій ділянці сприяє тривалому існуванню болю, для якого характерне посилення інтенсивності при зміні положення тіла (рис. 8).

До аноректальних причин СХТБ відноситься анісмум (диссинергічна дефекація) – парадоксальне скорочення або нездатність до розслаблення м'язів тазового дна і зовнішнього сфінктера відхідника при напруженні під час дефекації. Утруднена дефекація описується пацієнтами як надмірне натужування, болючі тенезми, відчуття неповної евакуації або допомога шляхом натискання пальцями в ділянці відхідника. Біль розпираючого характеру в ділянці таза і промежини може спостерігатись також перед та безпосередньо після дефекації, внаслідок постійного перерозтягнення дистальних відділів товстої кишки [5]. Дисшезія може асоціюватися з різними патологічними станами: неадекватний транзит, асоційований з мегаректумом або ректоцеле; відсутність інгібіторного рефлексу внутрішнього анального сфінктера; наявність або відсутність гіпертензії у відхіднику. Діагностика недуги базується на рентген-контрастних методах візуалізації акта випорожнення: іригографія, дефекографія (рис. 9). Лікування дисшезії є вкрай складною та кропіткою задачею. В комплекс лікувальних заходів входять: дотримання відповідної дієти (стіл № 3), збагаченої клітковиною; вживання великої кількості рідини; застосування проносних засобів; ін'єкції токсину ботуліну типу А в пуборекталь-

ний м'яз, які, на жаль, мають короткотривалий ефект; часткова резекція пуборектального м'яза; реалізація акту дефекації в положенні навпочіпки або на низькому стільчику.

Частим чинником при формуванні СХТБ є хронічний закрепи та пов'язаний з ним метеоризм різного генезу: аліментарний (харчовий) – через надмірне заковтування повітря, а також через вживання в їжу продуктів, які стимулюють надмірне газоутворення; дигестивний (травний) – внаслідок дефіциту харчових ферментів та жовчі; дисбіотичний – після зміни складу бактерій в кишці; механічний – при затримці проходження харчової грудки (пухлини, хронічні закрепи, стенози, спайковий процес у черевній порожнині); циркуляторний – при порушенні кишкового кровопостачання; динамічний – сповільнення всіх видів кишкової перистальтики, синдром подразненої кишки; висотний – при підйомі на висоту через перепади тиску.

Лікування даної групи патологій базується на комплексній терапії провідного чинника з обов'язковим призначенням антифлотулентів (Куплатон) і відновленням балансу електролітів та мікроелементів за рахунок призначення препаратів Регідрон та Регідрон-Оптім. Виражена ефективність зазначена при застосуванні лікування методом біологічного зворотного зв'язку (біофідбек (Biofeedback)-терапія).

При формуванні алгоритму діагностики СХТБ у хлопчиків необхідно враховувати те, що хронічний біль не є продовженням гострого болю; виникаючи

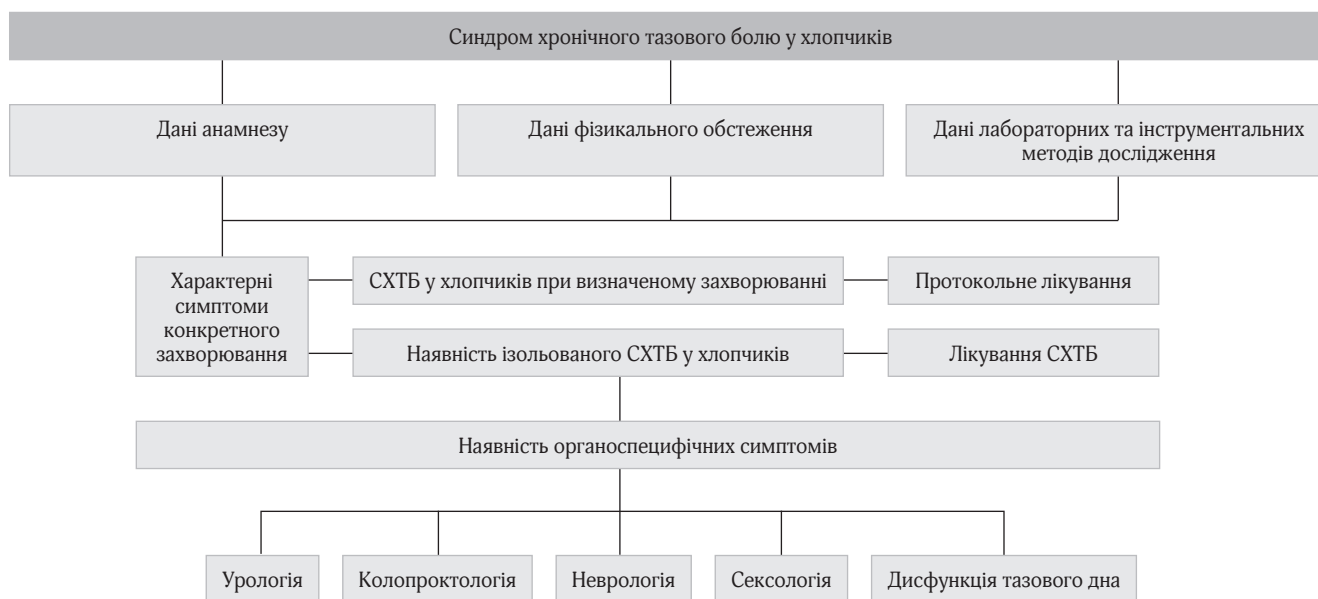


Рис. 10. Алгоритм діагностики СХТБ у хлопчиків

поступово, він періодично посилюється, повертаючись з вираженою інтенсивністю, і не залежить від пори дня. Згідно з визначенням Європейської асоціації урологів (EAU, 2003), наявність хронічного болю супроводжується зниженням пізнавальних здатностей, зміною поведінкових характеристик та поступливістю в соціальній сфері. Враховуючи цей факт, оцінку СХТБ необхідно проводити з урахуванням періодів його загострення, тривалості, інтенсивності, топічної локалізації та з'ясування застосованих методик лікування, які мали максимально стійкий і тривалий ефект. Також необхідно мати на увазі й те, що для хронічного болю є специфічним ряд особливостей: суб'єктивна переносимість та виражена репресивність, що залежать від особливостей хронізації, що, своєю чергою, пригнічує свідомість пацієнта, який іноді стає підвищено дратівливим або байдужим до оточуючого. Часто у пацієнтів формується немотивоване відчуття страху, невпевненість у майбутньому, втрата інтересу до будь-якої діяльності. У свою чергу, психічні розлади можуть посилювати прояви хронічного болю, для усунення якого часто стають неефективними медикаментозні препарати, а найкращим способом лікування вважаються фізіотерапія та психотерапевтичний вплив (рис. 10).

У цілому алгоритм комбінованого лікування СХТБ завжди повинен мати індивідуальне спрямування у відповідності з клінічним синдромом пацієнта. Консервативне лікування в багатьох випадках повинне містити відповідну дієту, дотримання певного стилю та режиму життя, фізіотерапевтичні методи, вправи з невеликим ударним навантаженням (дозована ходьба, плавання, розтягнення тощо). Медикаментозне лікування може містити підбір антибіотиків, α -адреноблокаторів, протизапальних засобів та знеболювальних (наприклад, Інфулган, Юрія Фарм), м'язових релаксантів, трици-

клічних антидепресантів та габапентиніодів. Ін'єкційні блокади місцевими анестетиками (наприклад, (Лонгокаїн, Юрія Фарм) призначають пацієнтам з локалізованими ділянками болю. Опіодні анальгетики (наприклад, Морфін, Налбуфін) зазвичай рекомендують у крайніх випадках, при відсутності стійкого та тривалого ефекту від інших методів лікування. Психотерапія корисна з точки зору використання техніки керування болю. Хірургічних методів лікування СХТБ необхідно уникати до визначення специфічних чинників (вогнищ) болю.

Підсумовуючи викладене, необхідно зазначити, що в теперішній час СХТБ, незважаючи на свою значну розповсюдженість, залишається недостатньо вивченим захворюванням, яке важко піддається лікуванню, адекватність якого можлива лише за умов чіткої топічної та нозологічної діагностики. На сьогодні відсутні чітко визначувані етіологічні фактори розвитку СХТБ, а існуючі суперечливі дані стосовно діагностичних критеріїв значно знижують можливість чіткої постановки діагнозу. Крім того, дотепер відсутній єдиний підхід до вибору оптимальних методів лікування СХТБ, а оцінка великої кількості існуючих методів лікування цього захворювання утруднена через відсутність стандартизованої системи оцінки результатів лікування. Перераховані обставини, разом із стійким перебігом захворювання, призводять до формування невротичних станів, що підкреслює не тільки суто медичне, але й соціальне значення проблеми підвищення ефективності діагностики та лікування СХТБ у хлопчиків на сучасному етапі.

Висновки

У виникненні СХТБ важливу роль відіграють тригерні точки не тільки у м'язах та фасціях діафрагми таза,

а також у м'язах, які прикріплені до кісток та зв'язок таза: сідничних, привідних, екстензорах стегна та косих м'язів живота. Окремо до цієї групи патологічних станів відносяться вроджена і набута патологія крижово-куприкової ділянки, в тому числі запальна.

Великою групою патологічних станів, які сприяють виникненню СХТБ, є функціональні та органічні розлади дистальних відділів товстої кишки (хронічний закреп, дисшезія, хронічні запальні захворювання товстої кишки і т. п.), що можуть проявлятися у хлопчиків будь-якого віку.

Алгоритм діагностики та лікування СХТБ повинен базуватись на індивідуальному та всебічному обстеженні пацієнтів шляхом взаємодії з фахівцями інших, дотичних до даного конкретного випадку спеціальностей, що дозволить обрати патогенетично обґрунтовану тактику лікування.

Сучасний погляд на проблему лікування синдрому хронічного тазового болю у хлопчиків

Коноплицький В. С., Дмитрієв Д. В., Лукіянець О. О., Шавлюк Р. В.

Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова

Резюме. У статті розглянуто основні причини виникнення синдрому хронічного тазового болю (СХТБ), змальовано деякі патогенетичні його механізми. Зазначено, що в теперішній час СХТБ, незважаючи на свою значну розповсюдженість, залишається недостатньо вивченим захворюванням, яке важко піддається лікуванню, адекватність якого можлива лише за умов чіткої топічної та нозологічної діагностики. На сьогодні відсутні чітко визначувані етіологічні фактори розвитку СХТБ, а існуючі суперечливі дані стосовно діагностичних критеріїв значно знижують можливість чіткої постановки діагнозу. Крім того, дотепер відсутній єдиний підхід до вибору оптимальних методів лікування СХТБ, а оцінка великої кількості існуючих методів лікування цього захворювання утруднена через відсутність стандартизованої системи оцінки результатів лікування. Перераховані обставини, разом із стійким перебігом захворювання, призводять до формування невротичних станів, що підкреслює не тільки суто медичне, але й соціальне значення проблеми підвищення ефективності діагностики та лікування СХТБ у хлопчиків на сучасному етапі. Запропоновано алгоритм діагностики та лікування СХТБ, який базується на індивідуальному та всебічному обстеженні пацієнтів шляхом мультидисциплінарної взаємодії з фахівцями інших, дотичних до даного конкретного випадку спеціальностей, що дозволяє обрати патогенетично обґрунтовану тактику лікування.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, діти, хлопчики, комплексна діагностично-лікувальна програма, мультидисциплінарний підхід.

Література

1. Flor H, Turk DC. Chronic pain: An Integrated Biobehavioral Approach.— London.
2. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecological Endocrinology* [Internet]. Informa UK Limited; 2009 Jan;25(3):149–58. Available from: <https://doi.org/10.1080/09513590802549858>
3. Mokhov OI. Lechenie posttravmaticheskikh povrezhdenij kopsika u detej (Treatment of post-traumatic damage to the cops in children). 2006. p. 1–19. (In Russian)
4. Maigne JY, Pigeau I, Aguer N, Doursounian L, Chatellier G. Chronic coccydynia in adolescents. A series of 53 patients. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2011 Jun;47(2):245–51.
5. Martinez YR, Moya MI, Mota AP. Megarectum and anismus: A cause of constipation. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. 2007 Jun 1;99(6):352.

A modern view of the problem of treatment of chronic pelvic pain syndrome in boys

Konoplytsky V. S., Dmytriev D. V., Lukianets O. O., Shavlyuk R. V.

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia

Abstract. The article deals with the main causes of chronic pelvic pain syndrome (CPPS), some of its pathogenetic mechanisms are depicted. It is noted that at the present time, CPPS, despite its considerable prevalence, remains poorly understood by a disease that is difficult to treat, the adequacy of which is possible only under the strict topical and nosological diagnostics. To date, there are no clearly identifiable etiological factors in the development of CPPS, and existing contradictory data regarding diagnostic criteria significantly reduce the possibility of a clear diagnosis. In addition, there is still no single approach to choosing the best treatment methods for CPPS, and the assessment of a large number of existing treatments for this disease is difficult due to the lack of a standardized system for evaluating the results of treatment. These circumstances, together with the steady course of the disease, lead to the formation of neurotic conditions, which emphasizes not only the purely medical but also the social significance of the problem of increasing the effectiveness of diagnosis and treatment of CPPS in boys at the present stage. The algorithm of diagnostics and treatment of CPPS is proposed, which is based on an individual and comprehensive examination of patients by multidisciplinary interaction with specialists of other specialties related to a specific case that allows choosing pathogenetically grounded treatment tactics.

Key words: chronic pelvic pain syndrome, children, boys, complex diagnostic and treatment program, multidisciplinary approach.