

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ПЕРИНАТОЛОГІЇ

П.Ю. Токар, О.М. Козар, А.В. Гошовська

ХРОНІЧНИЙ ТАЗОВИЙ БІЛЬ. МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД
(навчальний посібник)

Чернівці, 2025

УДК : 618.132-009.7(075.8)

Т 51

Автори:

Петро ТОКАР – доктор філософії, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету

Олег КОЗАР – асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету

Аліса ГОШОВСЬКА - доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, кандидат медичних наук, доцент.

Токар П.Ю., Козар О.М., Гошовська А.В.

Т 51 Хронічний тазовий біль. Міждисциплінарний підхід: Навчальний посібник на електронному носії / П.Ю. Токар, О.М. Козар, А.В. Гошовська. *Укр.* Буковинський державний медичний університет. - Чернівці: БДМУ, 2025. – 132 с.

ISBN 978-617-519-175-0

Навчальне видання призначене для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів закладів вищої освіти (післядипломної освіти).

Рецензенти:

Василь ПОДОЛЬСЬКИЙ – заступник генерального директора з науково-організаційної роботи ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України», керівник відділення «Проблем здоров'я жінок фертильного віку», доктор медичних наук, професор.

Наталія ГЕНИК – професор кафедри акушерства та гінекології імені професора І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор.

Рекомендовано до оприлюднення Вченою радою Буковинського державного медичного університету від 29 травня 2025 року (протокол № 9).

ISBN 978-617-519-175-0

© Токар П.Ю.,
© Козар О.М.,
© Гошовська А.В.,
© БДМУ, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	5
1.1. Визначення та сучасні підходи до класифікації хронічного тазового болю...	5
1.2. Епідеміологія та соціальне значення ХТБ.....	9
1.3. Основні клінічні характеристики тазового болю.....	12
1.4. Європейські та міжнародні клінічні рекомендації щодо ведення пацієнтів з ХТБ.....	15
РОЗДІЛ 2. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА НЕЙРОМ'ЯЗОВІ МЕХАНІЗМИ ТАЗОВОГО БОЛЮ.....	19
2.1. Гіперактивне тазове дно: патофізіологія, клінічні прояви.....	19
2.2. Міофасціальні синдроми тазової ділянки: підходи до виявлення та клінічного аналізу.....	22
2.3. Методи нейрофізіологічної оцінки при ХТБ: доцільність, інтерпретація результатів, обмеження.....	26
2.4. Невралгія статевого нерва як складова нейрогенного тазового болю.....	29
РОЗДІЛ 3. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ.....	32
3.1. Гінекологічні аспекти ХТБ у жінок.....	32
3.2. Урологічні аспекти ХТБ у чоловіків.....	60
3.3. Симптоми порушення сечовипускання у жінок і чоловіків як прояв тазового болю.....	93
3.4. Роль гормональних, анатомічних і психосоціальних чинників у формуванні гендерно-специфічного болю.....	96
РОЗДІЛ 4. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ.....	98
4.1. Вплив тривалого болю на психоемоційний стан пацієнта.....	98
4.2. Психопатологічні порушення у структурі ХТБ: тривога, депресія, соматоформні розлади.....	102

4.3. Взаємозв'язок хронічного болю і когнітивно-поведінкових реакцій.....	106
4.4. Психосоціальна вразливість та стигматизація.....	110
РОЗДІЛ 5. ПРОФІЛАКТИКА ТА СИСТЕМНІ ПІДХОДИ ДО ЗАПОБІГАННЯ ХТБ.....	114
5.1. Первинна профілактика: освіта, скринінг та модифікація поведінкових факторів.....	114
5.2. Вторинна профілактика: раннє виявлення і мультидисциплінарне спостереження.....	118
5.3. Інформування пацієнтів і побудова взаємозв'язку у лікувальному процесі.....	121
5.4. Роль сімейного лікаря у профілактиці та спостереженні за пацієнтами з факторами ризику ХТБ.....	124

ВСТУП

Хронічний тазовий біль (ХТБ) — це складний та багатогранний медичний стан, який характеризується тривалими болями в нижній частині живота і таза, що тривають більше ніж 6 місяців. Цей біль може бути постійним або періодичним, і значно впливає на якість життя пацієнтів, обмежуючи їхню здатність до нормального функціонування в повсякденному житті. ХТБ є не лише фізичним, але й психоемоційним навантаженням для пацієнтів, адже хронічний біль може спричиняти депресію, тривожність та порушення сну.

Проблема хронічного тазового болю є складною з огляду на численні можливі причини його виникнення. Біль може бути результатом уражень різних органів тазової ділянки: сечового міхура, кишечника, репродуктивних органів, а також м'язово-скелетних структур чи нервових структур. Окрім цього, часто тазовий біль є результатом кількох одночасних патологічних процесів, що ускладнює діагностику та лікування.

Міждисциплінарний підхід до лікування хронічного тазового болю має на меті інтеграцію знань і досвіду спеціалістів з різних галузей медицини для досягнення кращих результатів у лікуванні цього складного стану. Лікарі різних спеціальностей, таких як гінекологи, урологи, гастроентерологи, неврологи та психотерапевти, працюють разом, щоб створити індивідуалізовану стратегію лікування, яка включає медикаментозну терапію, фізичну реабілітацію, психологічну підтримку, а також мінімально інвазивні або хірургічні методи. Такий комплексний підхід дозволяє зменшити біль, покращити функціональний стан пацієнта та забезпечити йому кращу якість життя.

Таким чином, хронічний тазовий біль є серйозною медичною проблемою, яка вимагає уважного та багатоаспектного підходу до діагностики та лікування.

Використання міждисциплінарного підходу не тільки підвищує ефективність лікування, але й сприяє більш точному розумінню природи цього захворювання та його впливу на пацієнтів.

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Визначення та сучасні підходи до класифікації хронічного тазового болю

Хронічний тазовий біль (ХТБ) є складною клінічною проблемою, що поєднує в собі різноманітні патогенетичні механізми та впливає на багато органів і систем організму. Це захворювання може бути пов'язане з патологіями органів малого таза, м'язово-скелетних структур, нервової системи, а також психоемоційними розладами. Оскільки точна причина болю часто не може бути виявлена, важливим є використання мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування цього стану. Тому необхідно звертати увагу на різні фактори, які можуть сприяти розвитку хронічного тазового болю, а також на сучасні підходи до його класифікації, що допоможуть точніше визначити природу болю і підібрати відповідну тактику лікування.

Згідно з визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), хронічний тазовий біль — це біль, що локалізується в області малого таза та триває більше 3–6 місяців. Це один з найбільш поширених типів хронічного болю, який не обов'язково пов'язаний з менструацією, статевим актом чи вагітністю і часто не має органічної причини. Європейська асоціація урологів (EAU) визначає хронічний тазовий біль як стійкий або періодичний біль, що виникає в області таза, триває не менше 3 місяців і може супроводжуватися порушеннями функцій сечовидільної, статевої або кишкової системи. У Великобританії Національний інститут здоров'я та досконалості медичної допомоги (NICE) додає, що цей біль є багатфакторним, і що його клінічна картина не завжди має єдину анатомічну або функціональну причину.

Хронічний тазовий біль не завжди можна пов'язати з конкретним фізіологічним або органічним порушенням, тому важливо використовувати системний підхід для виявлення його причин. У деяких випадках біль може бути результатом різних факторів, таких як порушення роботи нервової системи або психологічні проблеми. ХТБ має важливе значення для якості життя

пацієнта, оскільки цей біль може бути постійним або періодичним, інтенсивність якого варіює від легкого дискомфорту до нестерпного болю. У таких випадках, коли немає явної органічної причини, використовують термін синдром хронічного тазового болю (CPPS), що означає наявність болю без чітко вираженого морфологічного субстрату.

Клінічні критерії для діагностики хронічного тазового болю включають тривалість болю понад 3–6 місяців, локалізацію болю в області малого таза або в нижній частині живота, а також відсутність очевидної органічної причини, такої як пухлина, інфекція або запалення. Крім того, біль може мати різну інтенсивність, від помірної до сильної, що часто не піддається традиційному анальгезуванню. Пацієнти можуть скаржитися на болі в попереку, промежині, статевих органах, а також на супутні симптоми, такі як дизурія (болісне сечовипускання), диспареунія (болі під час статевого акту), порушення випорожнення, а також психологічні симптоми, зокрема депресія та тривожність.

Для більш детального розуміння цього болю розроблена класифікація, яка ґрунтується на різних аспектах, таких як етіологія, механізм болю, а також системна належність. За етіологією можна виділити органічний хронічний тазовий біль, пов'язаний з відомими патологіями органів малого таза, такими як ендометріоз, пухлини, хронічні інфекції, а також функціональний хронічний тазовий біль, коли органічна причина болю не виявляється, і біль обумовлений функціональними або неврологічними порушеннями. Також існує змішаний хронічний тазовий біль, який поєднує в собі органічні та функціональні фактори, що ускладнюють діагностику та вибір лікування.

У чоловіків і жінок хронічний тазовий біль має різні причини та прояви. У жінок ХТБ часто виникає внаслідок таких гінекологічних захворювань, як ендометріоз, вульводинія, диспареунія або синдром хронічного тазового болю, в той час як у чоловіків ця патологія часто пов'язана з урологічними захворюваннями, такими як хронічний простатит або синдром тазового болю

без інфекції. У кожному випадку важливо визначити правильну діагнозу і врахувати наявні супутні захворювання.

Крім того, хронічний тазовий біль може бути обумовлений порушеннями в інших органах і системах. Наприклад, гастроентерологічні проблеми, зокрема синдром подразненого кишечника, можуть супроводжувати тазовий біль. Також неврологічні порушення, як-от невралгія статевого нерва, можуть призводити до хронічного болю в цій ділянці. У багатьох випадках, коли не вдається знайти органічну причину болю, біль може бути пов'язаний з порушенням нервової передачі або з підвищеною чутливістю нервових рецепторів.

Існує також важлива концепція центральної сенситизації при хронічному тазовому болю. Центральна сенситизація означає підвищену чутливість центральної нервової системи до болю, навіть коли немає периферичних причин для його виникнення. Це може призводити до хронічних болів, які зберігаються навіть після того, як первинна причина була вилікувана. Така патологія складна для лікування і потребує спеціальних підходів, спрямованих на нормалізацію нервових процесів у головному та спинному мозку.

У зв'язку з багатофакторністю цієї патології, хронічний тазовий біль вимагає мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування. Це означає, що для правильної постановки діагнозу та ефективного лікування необхідно залучати лікарів різних спеціальностей. Серед них можуть бути гінекологи, урологи, гастроентерологи, неврологи, психотерапевти та реабілітологи. Такий підхід дозволяє не тільки точно діагностувати причини болю, а й підібрати індивідуальну стратегію лікування, що включає медикаментозну терапію, фізіотерапію, психотерапевтичні методи, а також хірургічні втручання в окремих випадках.

Застосування міждисциплінарного підходу до лікування хронічного тазового болю дозволяє полегшити стан пацієнтів, покращити якість їхнього життя і запобігти хронізації болю. Це дуже важливо, оскільки хронічний тазовий біль може призвести до серйозних порушень психоемоційного стану, соціальної ізоляції, депресії та зниження продуктивності пацієнта. Тому раннє

виявлення і комплексне лікування ХТБ є важливою складовою сучасної медицини.

Отже, хронічний тазовий біль є складною багатофакторною патологією, що потребує всебічного підходу до діагностики та лікування. Завдяки сучасним класифікаціям, які враховують етіологічні, патофізіологічні та психологічні фактори, лікарі мають можливість точніше діагностувати причини болю та розробити індивідуальну стратегію лікування. Різноманітність форм болю, а також його взаємодія з іншими системами організму, робить цю патологію однією з найбільш складних у медичній практиці, що вимагає постійного вдосконалення методів лікування та підходів до ведення пацієнтів.

1.2. Епідеміологія та соціальне значення ХТБ

За даними численних досліджень, хронічний тазовий біль є однією з найбільш поширених причин болю у популяції, зокрема серед жінок. Поширеність серед жінок репродуктивного віку (від 18 до 50 років) становить близько 15–20%, що робить ХТБ важливою проблемою в сфері охорони здоров'я. При цьому існує значна варіативність у даних щодо поширеності в різних країнах та регіонах, що зумовлено як географічними, так і соціально-економічними чинниками. У розвинутих країнах, де є кращий доступ до медичних послуг та більш висока обізнаність про цю проблему, частота діагностики та лікування ХТБ є вищою.

Хронічний тазовий біль у чоловіків зустрічається значно рідше, але не менш важливою є його роль у контексті урологічних проблем. Поширеність цього виду болю серед чоловіків оцінюється близько 10-15%. Причинами тазового болю у чоловіків можуть бути хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю без інфекції або інші урологічні порушення.

Зазначено, що існує багато недообстежених випадків, коли пацієнти не звертаються до лікаря або не отримують належного діагнозу через неясність симптомів або через соціальні фактори, такі як соціальна стигматизація болю в малому тазу, особливо в культурних умовах, де такі симптоми можуть бути ігноровані або замовчувані. Це означає, що реальна поширеність може бути вищою за офіційно зареєстровану.

Фактори ризику розвитку хронічного тазового болю

Крім загальних демографічних характеристик, на розвиток хронічного тазового болю впливають також численні фактори ризику. Одним із них є генетична схильність: наявність певних генетичних маркерів може збільшити ймовірність розвитку ХТБ. Зокрема, жінки, у яких є історія ендометріозу або інших захворювань, пов'язаних із тазовим болем, мають підвищений ризик

розвитку цього стану. Вік також є важливим фактором, оскільки більшість випадків ХТБ виникають у віці 20-40 років.

Додатковими факторами ризику є хронічні запальні захворювання органів малого таза (ендометріоз, хронічний цистит), а також порушення роботи м'язів тазового дна. Хронічні інфекції, травми в анамнезі та повторні оперативні втручання також можуть сприяти розвитку болю в цій ділянці. Особливо слід зазначити, що біль часто супроводжується психосоціальними факторами, такими як стрес, депресія та тривожні розлади, які можуть посилювати відчуття болю або бути фактором, що сприяє його розвитку.

Соціальне значення хронічного тазового болю

Хронічний тазовий біль має не лише медичне, але й значне соціальне значення, оскільки може сильно обмежувати пацієнтів у їхній повсякденній активності, включаючи роботу, навчання та інтимне життя. Зниження працездатності є однією з найбільших проблем, оскільки багато пацієнтів з ХТБ змушені відпускати робочі дні через фізичний дискомфорт. Порушення якості життя через постійний біль призводить до того, що багато пацієнтів не можуть повною мірою виконувати свої професійні обов'язки, що, в свою чергу, позначається на економічному стані їхніх родин і суспільства в цілому.

Для жінок ХТБ часто пов'язаний із порушеннями інтимного життя, зокрема з болем під час статевого акту (диспареунія). Цей біль може призводити до зниження якості сексуального життя, а також викликати психологічний стрес, зниження самооцінки та виникнення труднощів у стосунках. У разі, якщо біль не діагностується своєчасно або не отримує адекватного лікування, це може призвести до тривалих проблем у сімейних відносинах, а також до депресії та тривожних розладів.

Хронічний тазовий біль є також серйозною економічною проблемою. Витрати на медичне лікування пацієнтів з цим станом можуть бути значними, включаючи витрати на діагностику, медикаментозну терапію, фізіотерапевтичні процедури та інші методи лікування. Крім того, економічний тягар включає в

себе втрату продуктивності через відсутність на роботі або зниження ефективності праці через постійний біль.

Соціальні наслідки та виклики для системи охорони здоров'я

Незважаючи на те, що хронічний тазовий біль є широко поширеним захворюванням, багато пацієнтів не звертаються до лікаря або не отримують належного лікування через відсутність інформації про можливі методи лікування та причини болю. Це є однією з основних проблем у медичній практиці, оскільки пацієнти можуть жити з болем роками, не отримуючи ефективної допомоги. Водночас, наявність таких пацієнтів у суспільстві потребує від медичних служб постійного удосконалення діагностики, лікування та підтримки пацієнтів.

Особливо важливим є міждисциплінарний підхід до лікування ХТБ, що передбачає інтеграцію знань гінекологів, урологів, неврологів, психотерапевтів та інших фахівців. Для цього необхідно підвищити обізнаність як серед медичних працівників, так і серед пацієнтів про важливість ранньої діагностики та лікування, щоб запобігти хронізації болю та покращити якість життя пацієнтів.

1.3. Основні клінічні характеристики тазового болю

Клінічна характеристика тазового болю базується на всебічному аналізі його тривалості, локалізації, типу, інтенсивності, супутніх симптомів та індивідуальної реакції пацієнта. Ретельне визначення параметрів болю є основою для встановлення діагнозу, вибору лікувальної тактики та оцінки ефективності втручань. Через гетерогенність причин і механізмів розвитку тазового болю, клінічні прояви є надзвичайно варіабельними, що вимагає стандартизованого підходу до їх опису та оцінки.

Тривалість болю — один із ключових критеріїв, що дозволяє відрізнити гострий процес від хронічного. За загальноприйнятим визначенням, біль вважається хронічним, якщо триває понад 3–6 місяців. При цьому він може мати постійний або періодичний характер, включаючи епізоди загострень на фоні відносного полегшення. Постійний біль частіше асоціюється з органічними ураженнями (ендометріоз, спайковий процес), тоді як періодичний — з функціональними порушеннями або циклічними змінами у жінок.

Локалізація болю в більшості випадків охоплює ділянку нижче пупка, обмежену між клубовими кістками та проєкцією лобкового симфізу. При цьому біль може іррадіювати в пах, поперекову зону, промежину, внутрішню поверхню стегна або зовнішні статеві органи. Важливо диференціювати основну зону болю від вторинної іррадіації, оскільки це дає змогу уточнити джерело ноцицептивного подразнення або нейропатичного пошкодження.

Тип болю — ще один важливий клінічний параметр. Залежно від механізмів формування, виділяють:

- Ноцицептивний біль, пов'язаний із подразненням рецепторів у тканинах унаслідок запалення, ішемії або механічного тиску. Зазвичай описується як

тупий, ниючий, розпираючий, посилюється при фізичному навантаженні або натисканні.

- Нейропатичний біль виникає при пошкодженні або подразненні периферичних нервів, таких як статевий нерв, клубово-пахвинний, або гілки крижового сплетіння. Має характер печіння, поколювання, стріляючого болю, часто супроводжується гіпестезією або парестезією у відповідній ділянці.

- Змішаний тип поєднує елементи обох типів, що часто зустрічається у клінічній практиці та значно ускладнює лікування.

- Центральна сенситизація, що проявляється тривалим посиленням сприйняття болю через зміни у центральній нервовій системі, навіть за відсутності периферичного подразника. Характеризується поширеним, не локалізованим болем, підвищеною чутливістю до дотику або тепла, а також відсутністю ефекту від місцевого лікування.

Інтенсивність болю зазвичай оцінюється за візуально-аналоговою шкалою (VAS), де пацієнт самостійно визначає силу болю в діапазоні від 0 (відсутність) до 10 (нестерпний). Така шкала дозволяє не лише встановити суб'єктивне сприйняття болю, а й оцінювати динаміку у процесі лікування. Зазвичай при ХТБ біль варіює від помірного (4–6) до сильного (7–9), часто з нічними загостреннями, що порушують сон.

Провокуючі чинники болю можуть суттєво відрізнятись залежно від його етіології. У багатьох жінок біль посилюється перед менструацією або під час неї (дисменорея), після статевого акту (диспареунія), при сечовипусканні або дефекації. У чоловіків загострення часто пов'язані з тривалою сидячою позою, дефекацією або еякуляцією. Окремо виділяють механічні провокатори — пальпація, рухи, фізичне навантаження.

Супутні симптоми мають велике діагностичне значення. Серед них:

- Дизуричні розлади — часте, болісне або утруднене сечовипускання, імперативні позиви, що можуть свідчити про урологічну природу болю (інтерстиціальний цистит, синдром хронічного простатиту).

- Кишкові симптоми — здуття, тенезми, нестійкий стул, що можуть бути ознаками синдрому подразненого кишківника або хронічного запального процесу.

- Статеві розлади — диспареунія, зниження лібідо, еректильна дисфункція, аноргазмія.

- Менструальні порушення — дисменорея, метроррагії, ациклічні кровотечі, характерні для гінекологічної патології, особливо ендометріозу.

- Психоемоційні симптоми — дратівливість, тривога, депресивні прояви, порушення сну, зниження якості життя. Вони можуть бути як вторинними (реакція на біль), так і первинними чинниками формування сенситизації ЦНС.

Підхід до клінічної оцінки повинен включати ретельний розподіл симптомів за системами: урологічна, гінекологічна, гастроентерологічна, неврологічна, психоемоційна. Така системна класифікація дозволяє побудувати логічний маршрут подальшого діагностичного пошуку та визначити фахівців, які мають бути залучені до лікування.

Окреме місце займає аналіз темпу розвитку болю. Гострий початок з чітким зв'язком із подією (травма, операція, інфекція) характерний для ноцептивного болю. Поступовий початок без явної причини — частіше при нейропатичному або психогенному болю. Коливання інтенсивності та поява болю в однакових умовах свідчать про тригерні фактори, наприклад, при міофасціальному синдромі тазового дна.

Інструментальне підтвердження клінічних характеристик включає оцінку чутливості ділянок тіла до механічного тиску, температури, вібрації, а також тестування функції тазового дна. Біль може супроводжуватись спазмом, слабкістю або асиметричним напруженням м'язів. Це виявляється при пальпації, електроміографії, біофідбек-діагностиці.

У діагностичному процесі важливо також оцінити перебіг болю в динаміці: зв'язок з менструальним циклом, щоденними ритмами, зміною положення тіла, харчуванням, психоемоційним станом. Ведення щоденника

болю пацієнтом може бути інформативним інструментом для виявлення прихованих закономірностей і тригерів.

Таким чином, клінічні характеристики тазового болю не можуть бути зведені до одного показника або тесту. Лише комбінація кількісних і якісних оцінок дає змогу об'єктивізувати суб'єктивний симптом і створити основу для диференційної діагностики.

1.4. Європейські та міжнародні клінічні рекомендації щодо ведення пацієнтів з ХТБ

Сучасні підходи до ведення пацієнтів з хронічним тазовим болем (ХТБ) базуються на узгоджених настановах провідних міжнародних організацій. Найавторитетнішими джерелами є рекомендації Європейської асоціації урологів (EAU), Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), Британського національного інституту здоров'я і досконалості медичної допомоги (NICE), Американського коледжу акушерів і гінекологів (ACOG) та Глобальної мережі щодо жіночого тазового болю (Global Interdisciplinary Network on CPP). Їхні документи визначають стратегічні та тактичні принципи ведення пацієнтів з урахуванням мультидисциплінарного підходу, доказової бази та персоналізованого лікування.

Базовою концепцією сучасних клінічних рекомендацій є міждисциплінарна оцінка пацієнта з ХТБ. Це означає, що початкове обстеження повинно включати не лише гінекологічне або урологічне дослідження, а й загальну оцінку функцій тазових органів, психоемоційного стану, м'язово-скелетної системи. У документах NICE та EAU наголошується, що будь-який пацієнт з болем, який триває понад 6 місяців, має бути скерований до команди, яка включає лікаря первинної ланки, гінеколога, уролога, невролога, фізіотерапевта, психотерапевта або клінічного психолога. Це дозволяє уникати хронізації болю та зменшити кількість неінформативних інвазивних втручань.

Важливою складовою рекомендацій є стандартизоване обстеження пацієнта. У протоколах EAU запропоновано покрокову діагностичну стратегію:

збір анамнезу з фокусом на болю (характер, тривалість, локалізація, провокатори), обов'язкове використання опитувальників для оцінки якості життя та психоемоційного стану (наприклад, Pain Catastrophizing Scale, PHQ-9, HADS), фізикальне обстеження з пальпацією тригерних зон м'язів тазового дна, та базовий набір інструментальних і лабораторних досліджень для виключення органічної патології.

У настановах IASP та Global CPP Network акцентовано на необхідності верифікації типу болю — ноцептивний, нейропатичний або змішаний — з подальшим підбором лікування відповідно до домінуючого патофізіологічного механізму. При нейропатичному компоненті рекомендовано застосування шкал DN4, painDETECT або LANSS для клінічної стратифікації болю.

Особливу увагу в рекомендаціях приділено уникненню непотрібних хірургічних втручань. За даними NICE та ACOG, висока частота лапароскопій при ХТБ часто не супроводжується виявленням патології, що пояснюється недооцінкою функціональних і центральних механізмів болю. У зв'язку з цим лапароскопія розглядається лише у випадках, коли наявні ознаки органічної патології, що не піддається консервативній терапії.

Низка клінічних гайдлайнів передбачає використання алгоритмів стратифікації пацієнтів за клінічними профілями. Наприклад, у рекомендаціях EAU з ведення чоловіків з синдромом хронічного тазового болю запропонована система UPOINT, яка охоплює шість доменів: інфекція, психосоціальні фактори, органоспецифічні зміни, неврогенна дисфункція, напруга м'язів тазового дна, чутливість. Визначення домінуючого профілю дозволяє індивідуалізувати терапію: антимікробні препарати — при підозрі на інфекційний компонент, міорелаксанти або фізіотерапія — при м'язовій гіперактивності, антидепресанти — при афективних розладах.

Лікування в рамках міжнародних рекомендацій має бути багаторівневим.

У настановах ACOG виділяють три рівні терапії:

- Базова нефармакологічна допомога — включає навчання пацієнта щодо природи болю, гігієнічні рекомендації, модифікацію способу життя,

психоосвіту. Акцент зроблено на формуванні реалістичних очікувань щодо результатів лікування, зменшення катастрофізації болю та підвищення рівня самоконтролю.

- Фармакотерапія — підбирається залежно від типу болю. До основних засобів належать:

- Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) — для пацієнтів з ноцецептивним компонентом.
 - Трициклічні антидепресанти (амітриптилін), інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (дулоксетин) — при нейропатичному болю та центральній сенситизації.
 - Антиконвульсанти (габапентин, прегабалін) — за наявності симптомів нейропатії.
 - Гормональні засоби — у жінок із підозрою на ендометріоз.
 - Опіоїди розглядаються лише в окремих випадках при високому ступені болю, резистентному до інших підходів, і лише під суворим контролем.
- Інтервенційні методи — застосовуються при рефрактерному болю.

Рекомендовані варіанти: блокади периферичних нервів (наприклад, статевого нерва), ін'єкції ботулотоксину в м'язи тазового дна, нейромодуляція сакрального корінця (S3), внутрішньоорганна електростимуляція.

У рекомендаціях NICE та IASP особливу увагу приділено психотерапевтичним втручанням. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є базовим підходом до роботи з пацієнтами, які мають депресивні, тривожні або соматоформні розлади на тлі ХТБ. КПТ сприяє покращенню копінг-стратегій, зменшенню катастрофізації та соціальної ізоляції. У ряді випадків можливе застосування методів тілесно-орієнтованої терапії, нейрофідбеку, майндфулнес-практик.

Фізична реабілітація у пацієнтів з ХТБ, згідно з EAU та Global CPP Network, включає індивідуально підібрану програму, що поєднує мануальну терапію, міофасціальні релізи, тренування м'язів тазового дна, розтяжки та постуральну корекцію. Фізіотерапевт повинен мати досвід роботи саме з

пацієнтами, що мають тазовий біль, оскільки непрофесійне втручання може погіршити стан.

У пацієнтів з вираженою коморбідністю або хронічним перебігом рекомендовано застосовувати мультидисциплінарні болі-команди (pain teams), які функціонують у провідних клініках Європи та США. Такі команди включають лікарів суміжних спеціальностей, фізичних терапевтів, психологів, соціальних працівників. У настановах IASP зазначено, що мультидисциплінарна модель показала вищу ефективність у досягненні стабільної ремісії болю, покращенні якості життя та зменшенні витрат на охорону здоров'я порівняно з традиційною монодисциплінарною допомогою.

Впровадження рекомендацій у національні протоколи країн Європейського Союзу базується на адаптації стандартів EAU та NICE. Зокрема, у країнах Північної Європи надання допомоги при ХТБ організовано на трьох рівнях: первинна допомога — діагностика, базова терапія, скринінг психоемоційних розладів; спеціалізована допомога — верифікація діагнозу, підбір лікування; третинний рівень — мультидисциплінарне лікування в центрах болю.

Незважаючи на прогрес у стандартизації ведення ХТБ, у клінічних рекомендаціях залишається місце для індивідуального підходу. Врахування культурного контексту, доступності ресурсів, психосоціальних чинників пацієнта є важливим компонентом реалізації рекомендацій на практиці.

РОЗДІЛ 2. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА НЕЙРОМ'ЯЗОВІ МЕХАНІЗМИ ТАЗОВОГО БОЛЮ

2.1. Гіперактивне тазове дно: патофізіологія, клінічні прояви

Гіперактивне тазове дно (ГТД) є функціональним порушенням, що характеризується надмірним або постійним скороченням м'язів тазового дна, яке призводить до низки клінічних симптомів. Це порушення часто є недооціненою причиною хронічного тазового болю (ХТБ) і має як локальні, так і системні клінічні наслідки. Його розпізнавання є критично важливим у міждисциплінарному підході до пацієнтів із тазовим болем.

Тазове дно складається з комплексу м'язів, фасцій, зв'язок і нервів, що утворюють багаторівневу структуру, яка підтримує органи малого таза (матку, сечовий міхур, пряму кишку), бере участь у сечовипусканні, дефекації, статевій функції та забезпечує стабільність тазу. У нормі ці м'язи повинні перебувати у балансі між скороченням та розслабленням. Гіперактивне тазове дно — це стан, при якому цей баланс порушується на користь постійного або періодичного напруження, що заважає повноцінному функціонуванню тазових органів і спричиняє біль.

Патофізіологія ГТД включає декілька механізмів. Один із ключових — дисфункція м'язового тону, при якому відбувається мимовільне скорочення м'язів навіть у спокої. Це може бути спричинено перенесеними запальними процесами, травмами, пологами, хірургічними втручаннями, малорухливим способом життя або ж тривалими функціональними порушеннями сечовидільної та статевої систем. Часто ГТД формується як реакція на хронічний біль (центральна сенситизація), при якому м'язове напруження виникає рефлекторно у відповідь на дискомфорт. Також значну роль відіграє

емоційний стрес, що через гіперактивацію симпатичної нервової системи підтримує підвищений м'язовий тонус.

З боку нейрофізіології важливою є участь сенсомоторної дисфункції. При гіперактивному тазовому дні відбувається порушення афферентної і ефферентної передачі імпульсів у крижовому сплетенні (S2–S4), що може спричиняти патологічну коактивацію м'язів, порушення ритму сечовипускання, дефекації та статевого життя. Додатково, при тривалому напруженні м'язів порушується мікроциркуляція, що поглиблює ішемічні зміни, сприяє накопиченню метаболітів і розвитку локального болю (міофасціальний компонент).

Клінічна картина ГТД є багатогранною і може імітувати або супроводжувати інші захворювання органів таза. Найбільш характерним симптомом є хронічний тазовий біль, що локалізується в області промежини, лобка, крижів, а також іррадіює у внутрішню поверхню стегон. Біль зазвичай тупий, ниючий, посилюється в положенні сидючи, при статевому акті або під час дефекації. Часто пацієнти описують "відчуття важкості", "постійної втоми" в області таза або неможливість повністю розслабити м'язи.

У жінок гіперактивність тазового дна часто супроводжується диспареунією (болем при статевому акті), вульводинією (хронічним болем у ділянці вульви без видимої причини), затрудненим сечовипусканням або частими позивами до сечовипускання без інфекції. У чоловіків симптоми включають біль у промежині, сечівнику, яєчках, проблеми з ерекцією або еякуляцією. Часто спостерігається так званий синдром хронічного простатиту/синдром тазового болю (CP/CPPS), який може бути частково зумовлений саме гіперактивністю м'язів тазового дна.

Функціональні порушення дефекації включають запори, почуття неповного випорожнення, болісну дефекацію, іноді — анальний спазм. Часто зустрічається супутнє подразнення прямої кишки, геморої, анальні тріщини. У багатьох пацієнтів порушення мають змішаний характер — одночасно з боку урогенітальної, кишкової та м'язово-скелетної систем.

Об'єктивне обстеження пацієнта із підозрою на ГТД передбачає мануальну пальпацію м'язів тазового дна через піхву або пряму кишку для виявлення напруження, болісності, тригерних точок, а також тестування здатності до добровільного скорочення й розслаблення м'язів. У багатьох випадках пацієнти не здатні повністю розслабити м'язи навіть за свідомого зусилля. Інструментальне дослідження може включати електроміографію тазового дна, аноректальну манометрію, УЗД або МРТ з візуалізацією структури та функції м'язів.

Диференціальна діагностика при ГТД має критичне значення, оскільки симптоматика часто перетинається з урологічними, гінекологічними, гастроентерологічними та неврологічними станами. Наприклад, інтерстиціальний цистит, ендометріоз, синдром подразненого кишківника, невралгія статевого нерва можуть супроводжуватись подібною симптоматикою. Невиявлення м'язового компонента призводить до неправильної терапії і хронізації стану.

Серед факторів ризику розвитку ГТД можна виділити: повторні вагітності та пологи, особливо з ушкодженнями промежини; травми хребта або таза; оперативні втручання на органах малого таза; емоційне або сексуальне насильство; тривалі стани тривоги, депресії; малорухливий спосіб життя; професійна діяльність з тривалим сидінням. Часто гіперактивне тазове дно є частиною генералізованих порушень постурального контролю, у тому числі хронічного напруження м'язів спини, сідниць, стегон.

Таким чином, гіперактивне тазове дно є важливою складовою патофізіології ХТБ і потребує комплексного клінічного підходу. Встановлення цього діагнозу вимагає не лише клінічного досвіду, а й залучення мультидисциплінарної команди — гінекологів, урологів, неврологів, фізіотерапевтів, психотерапевтів.

2.2. Міофасціальні синдроми тазової ділянки: підходи до виявлення та клінічного аналізу

Міофасціальні синдроми тазової ділянки (МФС) становлять один з ключових варіантів локального неорганного хронічного болю, що часто маскується під патологію внутрішніх органів малого таза. Це патологічний стан, зумовлений наявністю тригерних точок у м'язах тазового дна, черевної стінки, внутрішньої поверхні стегон та зв'язаних з ними фасцій, які є джерелом персистуючого больового синдрому та функціональних порушень. Клінічне розпізнання МФС тазової ділянки вимагає комплексного підходу, що ґрунтується на ретельному клінічному обстеженні, диференціальній діагностиці з органічними причинами та знанні особливостей анатомії й нейрофізіології м'язово-фасціальних структур тазу.

Основу міофасціального синдрому становить формування гіперактивних тригерних точок — ділянок ущільнення м'язових волокон, які болісні при пальпації та здатні провокувати як локальний, так і віддалений біль. У контексті тазової ділянки часто уражуються такі м'язи, як *m. levator ani*, *m. obturator internus*, *m. piriformis*, *m. coccygeus*, *m. iliococcygeus*, *m. puborectalis*, а також м'язи передньої черевної стінки (особливо *m. rectus abdominis*, *m. obliquus internus/externus*). Формування тригерних точок обумовлено локальною ішемією, порушенням обміну в зоні м'язового волокна, підвищенням вивільнення медіаторів запалення та сенситизацією аферентних ноцицепторів.

Патофізіологічно міофасціальний біль пов'язаний з активацією ноцицептивної системи у відповідь на постійну стимуляцію больових рецепторів у зоні тригерних точок. Це супроводжується підвищенням активності сегментарних рефлексів, розвитком спінальної сенситизації, а також залученням центральної нервової системи у формуванні так званого "відбитого"

болю. Останній пояснює поширення болю з однієї зони в інші — наприклад, з м'яза внутрішнього затульного отвору в ділянку піхви або прямої кишки.

Клінічно МФС тазової ділянки характеризується локальним болем у певній проєкції м'яза, посиленням болю при напруженні, зміні положення тіла, фізичному навантаженні або пальпації тригерних зон. Часто наявні неспецифічні симптоми: почуття стороннього тіла в прямій кишці або піхві, дизурія, диспареунія, відчуття неповного спорожнення сечового міхура, біль під час дефекації, псевдорадикулопатія. Біль, як правило, тупий, ниючий, може супроводжуватись судомами, парестезіями або "прострілами" в суміжні ділянки. Пацієнти часто не можуть точно локалізувати джерело болю, що ускладнює клінічну оцінку.

Фізикальне обстеження є центральним методом виявлення МФС. Основними елементами є пальпація зон передньої черевної стінки, внутрішньої поверхні стегон, промежини, аноректальної та вагінальної стінок з метою виявлення гіпертонусу, болісності, щільних вузлів у м'язах. Зовнішнє пальпаторне дослідження проводиться в положенні пацієнта лежачи на спині з розведеними ногами. Для глибоких тазових м'язів застосовують вагінальне або ректальне пальцеве дослідження. Наявність тригерної точки визначається як зона підвищеної щільності в м'язі, натискання на яку викликає локальний біль і/або іррадіацію болю в знайому для пацієнта зону.

Поширеним діагностичним тестом є натискання на *m. obturator internus* через стінку піхви або прямої кишки з оцінкою інтенсивності болю. Аналогічно, натискання на *m. levator ani* дозволяє виявити наявність тригерів, що імітують прокталгію або гінекологічну патологію. Для оцінки гіпертонусу тазових м'язів використовують техніку бімануальної пальпації у поєднанні з візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) для кількісного визначення болю. Додатковим інструментом є електроміографія поверхневих і глибоких м'язів тазового дна, що дозволяє виявити патологічну електричну активність у спокої або при навантаженні.

У клінічному аналізі МФС важливим є оцінка анамнезу: наявність травм, операцій, пологів, тривалої сидячої роботи, психологічного стресу, сексуального або фізичного насильства. Супутні скарги на хронічну втому, тривогу, депресивні розлади, соматоформні симптоми свідчать про можливе центральне підсилення болю. Особливу увагу слід приділяти тим пацієнтам, у яких раніше було діагностовано хронічний простатит, ендометріоз, інтерстиціальний цистит або синдром подразненого кишківника, оскільки у таких хворих часто відзначається поєднання органного і міофасціального компонентів.

У процесі диференціальної діагностики необхідно виключити органічні причини тазового болю, такі як пухлини, інфекції, гінекологічні або урологічні захворювання, які можуть мати подібну клінічну картину. При відсутності морфологічної патології та характерному клінічному профілі на користь МФС свідчить позитивна відповідь на пальпаційні проби та зниження симптомів після локального впливу на тригерні точки (наприклад, ін'єкції анестетика, суха пункція, масаж).

Підхід до виявлення МФС у пацієнтів з ХТБ потребує мультидисциплінарної взаємодії лікарів гінекологів, урологів, проктологів, невропатологів, фізіотерапевтів і психотерапевтів. Це пов'язано з високою частотою коморбідних станів, що маскують істинну природу больового синдрому. Обов'язковою є участь спеціаліста, обізнаного з техніками мануального обстеження м'язів тазового дна, що дозволяє не лише підтвердити діагноз, а й відслідковувати динаміку симптомів у процесі лікування.

Окрему роль у клінічному аналізі займає оцінка ступеня інвалідизації пацієнта — обмеження рухливості, труднощі у сексуальному житті, порушення сну, соціальна ізоляція, зниження працездатності. Використовуються стандартизовані шкали: Pain Disability Index (PDI), Female Sexual Function Index (FSFI), NIH-CPSI (для чоловіків), SF-36 тощо. Ці інструменти дозволяють об'єктивізувати клінічний перебіг МФС і оцінити потребу у залученні психосоціальних методів корекції.

Загалом, виявлення та клінічний аналіз міофасціальних синдромів тазової ділянки є складною задачею, яка вимагає спеціалізованої підготовки лікаря, ретельного клінічного мислення та врахування мультифакторної природи болю.

Відсутність видимих морфологічних змін при збереженні вираженого больового синдрому часто призводить до недооцінки стану, однак саме своєчасне виявлення МФС дає можливість запобігти хронізації болю та втраті якості життя пацієнта.

2.3. Методи нейрофізіологічної оцінки при ХТБ: доцільність, інтерпретація результатів, обмеження

Нейрофізіологічна оцінка у пацієнтів з хронічним тазовим болем (ХТБ) є складовою міждисциплінарного підходу до діагностики, що дозволяє ідентифікувати функціональні порушення нервово-м'язового апарату тазової ділянки. Враховуючи складність ноцицептивної передачі та участь периферичних і центральних механізмів у генерації ХТБ, використання інструментальних методів оцінки функціонального стану нервової системи набуває особливого значення у випадках, коли клінічна картина є неясною або резистентною до терапії.

Основні нейрофізіологічні методи, що застосовуються у клінічній практиці для оцінки пацієнтів з ХТБ, включають: поверхневу та голкову електроміографію (ЕМГ), соматосенсорні викликані потенціали (ССВП), електронеуроміографію (ЕНМГ), тест стимуляції сакральних нервів, а також методи оцінки рефлексорної активності. Кожен із цих підходів має власну інформативність залежно від клінічної задачі.

Поверхнева ЕМГ застосовується для неінвазивної реєстрації електричної активності м'язів тазового дна у спокої, при напруженні та релаксації. Метод дозволяє оцінити тонус м'язів, наявність спонтанної активності, дискоординацію м'язових груп. У хворих з ХТБ часто виявляється підвищена активність тазових м'язів у стані спокою, що свідчить про гіпертонус або неможливість повної релаксації, типову для гіперактивного тазового дна або міофасціального синдрому.

Голкова ЕМГ є більш інформативною у виявленні патологічної активності глибоких м'язів, таких як *m. puborectalis*, *m. levator ani*, *m. coccygeus*. Вона дозволяє ідентифікувати фібриляції, фасцикуляції, поліфазні потенціали, які свідчать про денервацію або реіннервацію м'язів внаслідок компресії або

пошкодження периферичних нервів, зокрема статевого нерва. Голкова ЕМГ є інвазивною процедурою, що потребує спеціалізованого обладнання та навичок.

Соматосенсорні викликані потенціали (ССВП), зокрема ті, що викликаються при стимуляції статевого нерва, застосовуються для оцінки цілісності соматосенсорного шляху. Метод дозволяє виявити подовження латентності або зниження амплітуди викликаних потенціалів, що свідчить про порушення провідності на рівні периферичних нервів, корінців або центральних структур. Це особливо корисно у випадках підозри на невралгію статевого нерва або спінальну патологію.

Електронеуроміографія (ЕНМГ) дозволяє оцінити швидкість проведення імпульсу по периферичних нервах, а також латентність моторних відповідей. У контексті ХТБ особливу увагу приділяють дослідженню статевого нерва (п. pudendus) шляхом стимуляції через ректальний електрод і реєстрації потенціалу дії на рівні промежини або анального сфінктера. Подовження латентності або асиметрія результатів свідчить про нейропатію.

Рефлекторні дослідження, зокрема анальний і бульбокавернозний рефлекс, дають змогу оцінити інтактність сакральних сегментів спинного мозку та відповідних аферентних і еферентних шляхів. Зміни латентності або відсутність рефлексів вказують на нейрогенне ураження. У пацієнтів з ХТБ ці методи застосовуються у випадках, коли є підозра на неврологічну етіологію болю або при наявності тазових дисфункцій (нетримання сечі, анальна дисфункція).

Одним із важливих методів функціональної оцінки є тест стимуляції сакральних нервів (наприклад, п. S3), що проводиться у межах нейромодуляції або як діагностична проба для виявлення рефлекторної активності м'язів тазового дна. Метод дозволяє оцінити реакцію на електричну стимуляцію — наприклад, у вигляді скорочення анального сфінктера або перцепції у промежині.

Доцільність застосування нейрофізіологічних методів обумовлена низкою клінічних ситуацій:

- неможливість визначити точну етіологію болю за допомогою стандартних клінічних методів;
- наявність симптомів, що вказують на ураження нервової системи (парестезії, слабкість м'язів тазового дна, дизестезії);
- підозра на нейропатичну природу болю (зокрема невралгія статевого нерва);
- необхідність виключення центральних порушень або об'єктивізації функціонального статусу до і після лікування.

Інтерпретація результатів потребує високої кваліфікації спеціаліста.

Важливо враховувати, що зміни у показниках можуть мати як діагностичне, так і прогностичне значення. Наприклад, зниження активності м'язів тазового дна може бути ознакою хронічної денервації, а підвищена спонтанна активність — маркером подразнення нерва. Оцінка ефективності втручань, таких як фізіотерапія або нейромодуляція, також базується на динаміці нейрофізіологічних показників.

Незважаючи на високу чутливість і специфічність, методи нейрофізіологічної діагностики мають низку обмежень. По-перше, їх виконання потребує спеціального обладнання та навченого персоналу. По-друге, інтерпретація результатів може бути утрудненою у випадках багатofакторного генезу болю або при супутніх психоемоційних порушеннях, що впливають на м'язовий тонус. По-третє, частина пацієнтів погано переносить інвазивні процедури, особливо голкову ЕМГ, що обмежує її застосування.

Додатково варто зазначити, що результати нейрофізіологічних досліджень повинні оцінюватися в контексті клінічної картини та даних інших методів — УЗД, МРТ, ендоскопії, лабораторних аналізів. Використання нейрофізіологічної оцінки як ізольованого інструмента є недоцільним.

У підсумку, нейрофізіологічна оцінка при ХТБ є цінним компонентом діагностичного процесу, що дозволяє ідентифікувати нейрогенну природу болю, визначити ступінь ураження нервових структур і моніторити динаміку стану

пацієнта. Вона є особливо корисною у пацієнтів із неврологічними симптомами, атиповим перебігом болю, або при неефективності стандартної терапії.

2.4. Невралгія статевого нерва як складова нейрогенного тазового болю

Невралгія статевого нерва (pudendal neuralgia) є однією з найскладніших для діагностики форм нейрогенного хронічного тазового болю (ХТБ). Статевий нерв забезпечує сенсорну та моторну іннервацію зовнішніх статевих органів, перинеальної ділянки, анального сфінктера і частково м'язів тазового дна. Патологічні зміни або здавлення цього нерва призводять до формування специфічного больового синдрому, що суттєво погіршує якість життя пацієнтів.

Анатомо-фізіологічні особливості

Статевий нерв утворюється з вентральних гілок сакральних нервів S2–S4, виходить із таза через великий сідничний отвір, огинає сідничну остю, потрапляє в pudendal canal (Алькоков канал) та іннервує шкіру промежини, зовнішні статеві органи, уретру та анальний сфінктер.

Уразливими зонами для компресії є:

- рівень сідничної ості (між lig. sacrospinale і lig. Sacrotuberale),
- вхід в Алькоків канал,
- ділянка розгалуження нерву на термінальні гілки.

Етіологічні чинники

До найбільш частих причин розвитку невралгії статевого нерва належать:

- повторні травми (велосипедний спорт, пологи, операції),
- тривала компресія в сидячому положенні,
- фіброз або стеноз Алькокового каналу,
- ішемія нерва або нейропатія на фоні системних захворювань (цукровий діабет, васкуліти).

Клінічна симптоматика

Біль при невралгії має типові характеристики:

- локалізація: промежина, піхва, пеніс, мошонка, анальна ділянка,

- біль пекучого, колючого характеру, з іррадіацією,
- погіршення у сидячому положенні, полегшення в положенні лежачи або стоячи,
- відсутність нічного болю,
- можливі супутні симптоми: дизестезії, гіперестезії, порушення сечовипускання та дефекації, зниження лібідо.

Часто пацієнти скаржаться на «чужорідне тіло» у піхві або прямій кишці, відчуття тиску, тягнучий біль, що не зменшується після дефекації. Симптоми можуть бути односторонніми або двосторонніми, флюктуативними, з періодами ремісії та загострення.

Діагностичні критерії (за Nantes-критеріями):

1. Біль у зоні іннервації статевого нерва.
2. Погіршення болю в положенні сидячи.
3. Відсутність болю вночі (не турбує сон).
4. Відсутність чутливих змін об'єктивно.
5. Купірування болю після блокади статевого нерва.

Методи обстеження

1. Неврологічне обстеження: включає оцінку чутливості в зоні іннервації, перевірку анального рефлексу, тону сфінктера.
2. Пальпаційне тестування: натискання в ділянці сідничної ості або всередині Алькокового каналу може викликати типовий біль.
3. Блокада статевого нерва: діагностично-лікувальна ін'єкція місцевого анестетика ($\pm$ стероїду) в ділянку проходження нерва під контролем УЗД або КТ. Купірування болю підтверджує діагноз.
4. МРТ малого таза/нерва: для візуалізації компресії, фіброзу або кіст.
5. Нейрофізіологічні методи: моторні латентні періоди, соматосенсорні викликані потенціали статевого нерва.

Диференційна діагностика

- Коморбідний стан: міофасціальні синдроми, прокталгія, ендометріоз, синдром подразненого кишечника.

- Невралгія інших тазових нервів (ішіадичний, ільоінгвінальний).
- Урологічні або гінекологічні захворювання.

Особливості ведення пацієнтів

1. Фармакотерапія: антиконвульсанти (габапентин, прегабалін), антидепресанти (амітриптилін, дулоксетин), НПЗЗ — обмежене використання.
2. Фізіотерапія: міофасціальний реліз, біофідбек, нейром'язова стимуляція.
3. Психотерапія: у разі супутньої тривоги, депресії, хронізації болю.
4. Мінімально інвазивні втручання: повторні блокади, ін'єкції ботулотоксину.
5. Хірургічна декомпресія: при неефективності консервативного лікування (ретельно відібраним пацієнтам).

Невралгія статевого нерва — діагноз, який потребує комплексного мультидисциплінарного підходу з залученням невропатолога, гінеколога/уролога, фізіотерапевта та лікаря болю. Своєчасне розпізнавання та таргетне лікування суттєво покращують результати та зменшують ризик хронізації нейропатичного болю.

РОЗДІЛ 3. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

3.1. Гінекологічні аспекти ХТБ у жінок

До гінекологічних захворювань, що часто супроводжуються тазовим болем, належать:

- Аденоміоз
- Хронічні запальні захворювання органів малого таза
- Хронічний ендометрит
- Ендометріоз
- Лейоміома
- Синдром залишків яєчників
- Тазові спайки
- Вестибуліт
- Вульводинія

Ці стани можуть бути як ізольованими причинами болю, так і частиною полісиндромного клінічного перебігу, особливо у пацієток із хронічним перебігом захворювань. Вони вимагають ретельного клінічного аналізу, врахування супутніх функціональних розладів і міждисциплінарного ведення.

Аденоміоз — це форма ендометріозу, при якій відбувається проникнення ендометріальних залоз і стромы в міометрій, що призводить до структурної та функціональної перебудови маткової стінки. Патологія належить до поширених причин хронічного тазового болю в гінекологічній практиці, особливо у жінок репродуктивного віку.

Класифікація

Класифікація аденоміозу базується на морфологічних та анатомічних критеріях. Виділяють:

- Дифузну форму — гетеротопії розсіяні в товщі міометрію без чітких меж.
- Вогнищеву форму — обмежені ділянки ураження, іноді у вигляді аденоміом.
- Вузлову форму — формування щільних утворень у товщі міометрію, які можуть імітувати лейоміому.
- Змішану форму — поєднання двох або більше типів.

За ступенем проникнення в міометрій:

- I ступінь — поверхнєве ураження внутрішнього шару міометрію;
- II ступінь — залучення до процесу середньої третини міометрію;
- III ступінь — ураження серозної оболонки або субсерозного шару.

Етіологія та фактори ризику

Точні причини розвитку аденоміозу залишаються до кінця не з'ясованими. Існує кілька теорій:

- Імплантаційна — ретроградна менструація сприяє заносу ендометріальних клітин у міометрій.
- Метапластична — трансформація міометріальних клітин у ендометріоподібні структури.
- Ембріональна — порушення ембріогенезу призводить до наявності ектопічного ендометрію.

До факторів ризику належать:

- повторні аборти або інші внутрішньоматкові втручання,
- кесарів розтин,
- запальні захворювання органів малого таза,
- гормональні порушення (гіперестрогенія),
- спадковість.

Клінічна картина

Основні симптоми аденоміозу:

- хронічний тазовий біль (часто ниючий або пульсуючий, посилюється перед менструацією);

- дисменорея (болісні менструації);
- менорагії (рясні та тривалі менструальні кровотечі);
- диспареунія (біль під час статевого акту);
- безпліддя або труднощі із зачаттям.

Характерною є поступова прогресія симптомів, зростання вираженості болю і порушень менструального циклу протягом років.

Діагностика

Діагностика базується на комплексній оцінці анамнезу, клінічних проявів і результатів візуалізаційних методів. Основні інструментальні методи:

1. Трансвагінальне ультразвукове дослідження (УЗД):

- нерівномірне потовщення стінки матки,
- неоднорідна структура міометрію,
- наявність міометріальних кіст,
- нечіткі межі між ендометрієм та міометрієм (зона junctional zone).

2. Магнітно-резонансна томографія (МРТ):

- найбільш точний метод для визначення глибини інвазії,
- гіпоінтенсивна зона в міометрії на T2-зважених зображеннях.

3. Гістероскопія:

- виявлення патологічних змін ендометрію,
- візуалізація мікроотвора, через який ендометрій вростає в міометрій.

4. Лапароскопія:

- застосовується для диференціальної діагностики з іншими формами ендометріозу або при сумнівних випадках.

Фізіологічні механізми болю при аденоміозі

Формування хронічного тазового болю при аденоміозі пов'язане з такими механізмами:

- Запалення та виділення прозапальних цитокінів — активують ноцицептивні рецептори;

- Іннервація гетеротопій — розвиток нервових волокон усередині вогнищ ендометріозу;

- М'язові спазми міометрію — зумовлюють ішемію та біль;

- Гормональні коливання — підвищений рівень естрогенів стимулює проліферацію гетеротопій та посилення симптоматики.

Комбінація цих чинників призводить до центральної сенситизації та персистування больового синдрому навіть після припинення циклічних змін.

Диференційна діагностика

Аденоміоз необхідно диференціювати з:

- лейоміомою матки (особливо при вузловій формі),
- внутрішньоматковою ендометріозною кістою,
- хронічним ендометритом,
- поліпами ендометрію,
- аномаліями розвитку матки.

Використання сучасних методів візуалізації дозволяє значно підвищити точність діагностики.

Прогностичне значення

Аденоміоз має тенденцію до прогресування і часто поєднується з іншими формами генітального ендометріозу. Важливим є раннє виявлення захворювання з метою запобігання формуванню хронічного болю, зниження фертильності та впливу на якість життя пацієнтки.

Ефективне ведення пацієнток з аденоміозом передбачає міждисциплінарний підхід із залученням гінекологів, лікарів болю, психологів, фізіотерапевтів та інших спеціалістів залежно від вираженості клінічної картини.

Хронічні запальні захворювання органів малого таза (ХЗЗОМТ) — це група патологічних станів, пов'язаних із персистуючим або рецидивуючим запаленням внутрішніх статевих органів жінки. Вони включають ендометрит, сальпінгіт, оофорит, параметрит, периметрит, а також післяінфекційні зміни та

наслідки перенесених гострих запалень. ХЗЗОМТ становлять значну клінічну проблему через їхній вплив на фертильність, ризик позаматкової вагітності, хронізацію тазового болю та зниження якості життя.

Класифікація

Хронічні запальні захворювання поділяються на:

- Первинно-хронічні — тривалий процес без вираженої гострої фази;
- Постгострі — виникають після неадекватно пролікованої гострої інфекції;
- Рецидивуючі — з періодами загострення та ремісії;
- Післяопераційні або посттравматичні — асоційовані з хірургічними втручаннями чи внутрішньоматковими маніпуляціями.

Етіологія та фактори ризику

Основними етіологічними агентами є:

- Інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСС) — *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*;
- Аеробно-анаеробна флора — *Escherichia coli*, *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp.;
- Мікс-інфекції, включаючи умовно-патогенну флору;
- Вірусні агенти — герпесвіруси, ВПЛ.

Фактори ризику:

- багаторазові статеві партнери,
- ранній початок статевого життя,
- порушення бар'єрної контрацепції,
- внутрішньоматкові втручання,
- перенесені аборти,
- знижений імунітет,
- наявність внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК).

Клінічна картина

Хронічні запальні захворювання мають неспецифічні симптоми, які ускладнюють діагностику. Найбільш характерні:

- Хронічний або рецидивуючий тазовий біль — ниючий, тягнучий, локалізується внизу живота, часто посилюється перед менструацією або після фізичного навантаження;

- Порушення менструального циклу — гіпоменорея, гіперменорея, інтерменструальні кровотечі;

- Патологічні вагінальні виділення — рясні, з неприємним запахом, зміненого кольору;

- Диспареунія — біль під час або після статевого акту;

- Субфебрилітет, загальна слабкість, дратівливість;

- Безпліддя — первинне або вторинне.

Діагностика

Діагностика ХЗЗОМТ включає:

1. Збір анамнезу та гінекологічний огляд:

- наявність хворобливості при пальпації придатків,

- виявлення болісних інфільтратів або ущільнень.

2. Лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові (лейкоцитоз, підвищене ШОЕ),

- С-реактивний білок,

- мікроскопія та культуральне дослідження виділень із цервікального каналу,

- ПЛР-діагностика ІПСШ,

- серологічні тести (антитіла до хламідій, мікоплазм).

3. Інструментальні методи:

- УЗД органів малого таза — виявлення гідросальпінксу, спайкових змін, утворень у ділянці придатків;

- Гістеросальпінгографія (ГСГ) — оцінка прохідності маткових труб;

- МРТ — у складних випадках для виявлення змін у м'яких тканинах та уточнення структури органів;

- Діагностична лапароскопія — «золотий стандарт» для виявлення спайок, гіперемії, гіперплазії тканин, сальпінгітів.

Фізіопатологія болю

Біль при ХЗЗОМТ формується під впливом:

- Персистуючого запального процесу — активація ноцицепторів та сенсibiliзація больових шляхів;
- Спайкового процесу — обмеження рухливості органів малого таза та натяг тканин;
- Нейроендокринних змін — вплив гормонів і цитокінів на рецепторну чутливість;
- Центральної сенситизації — зниження порогу больового сприйняття.

Ці механізми зумовлюють хронічний характер болю, його стійкість до традиційної терапії та значний вплив на психоемоційний стан жінки.

Диференційна діагностика

ХЗЗОМТ необхідно відрізняти від:

- ендометріозу,
- аденоміозу,
- лейоміоми матки,
- функціональних кіст яєчників,
- синдрому подразненого кишечника,
- інтерстиціального циститу,
- психогенних болів.

Комплексний підхід до діагностики дозволяє встановити правильний діагноз і визначити оптимальну тактику подальшого ведення пацієнтки.

Хронічні запальні захворювання органів малого таза є вагомою причиною формування хронічного тазового болю. Їх своєчасне виявлення та точне діагностичне розмежування з іншими причинами ХТБ дозволяє мінімізувати ризики ускладнень та зберегти репродуктивне здоров'я жінки.

Хронічний ендометрит (ХЕ) — це тривале запальне захворювання слизової оболонки порожнини матки, яке характеризується персистенцією інфекційного або асептичного процесу, порушенням регенерації ендометрія,

фіброзом та змінами мікрооточення. Це захворювання вважається однією з ключових гінекологічних причин хронічного тазового болю (ХТБ), безпліддя та невиношування вагітності.

Класифікація

Існує кілька класифікацій ХЕ:

- *За перебігом:*

- гострий ендометрит (перехідна форма);
- хронічний ендометрит.

- *За морфологічними особливостями:*

- неспецифічний ХЕ;
- специфічний ХЕ (туберкульозний, актиномікозний тощо);

- плазматоклітинний ХЕ (характеризується наявністю плазматичних клітин у стромі ендометрія);

- *За етіологічними чинниками:*

- інфекційний (бактеріальний, вірусний, мікоплазмовий);
- асептичний (аутоімунний, післяманіпуляційний).

Етіологія та фактори ризику

Етіологічними агентами ХЕ найчастіше є:

- Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum;
- Escherichia coli, Enterococcus faecalis, анаеробна флора;
- віруси (ВПГ, ЦМВ);
- умовно-патогенні мікроорганізми;
- змішані мікробні асоціації.

Фактори ризику:

- часті внутрішньоматкові втручання (вишкрібування, аборти);
- пологи з ускладненнями;
- використання ВМК;
- інфекції, що передаються статевим шляхом;
- знижений імунітет;
- хронічні захворювання (ендокринопатії, аутоімунні стани).

Клінічна картина

Хронічний ендометрит часто має стерту або малосимптомну клінічну картину, що ускладнює діагностику. Найхарактерніші прояви:

- Хронічний тазовий біль — ниючого характеру, переважно у нижніх відділах живота, часто без чіткої локалізації;
- Менструальні порушення — гіпоменорея, менорагія, міжменструальні кровотечі;
- Патологічні вагінальні виділення — тривалі, водянисті або слизові, з домішками крові;
- Диспареунія;
- Порушення репродуктивної функції — безпліддя, повторні викидні;
- Загальні симптоми — субфебрилітет, слабкість, емоційна лабільність.

Патофізіологічні механізми болю

Больовий синдром при ХЕ формується внаслідок кількох механізмів:

- Хронічне запалення — активація сенсорних нервових закінчень у ендометрії, підвищення чутливості до простагландинів;
- Нейрогормональні порушення — вплив прозапальних цитокінів (ІЛ-6, ФНП-α) та оксиду азоту на рецептори;
- Центральна сенситизація — посилення сприйняття больових імпульсів у спинному мозку та головному мозку;
- Судинні зміни — мікротромбоз, ішемія функціонального шару;
- Спайкові процеси — особливо у разі поєднання з іншими формами ХЗЗОМТ.

Діагностика

Комплексна діагностика ХЕ включає клінічні, лабораторні, морфологічні та інструментальні методи:

1. Збір анамнезу та гінекологічний огляд:

- скарги на тривалий тазовий біль;
- збільшення матки, болісність при бімануальному дослідженні.

2. Лабораторні методи:

- загальний аналіз крові (іноді — помірний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ);

- бактеріологічний посів або ПЛР-аналіз виділень із цервікального каналу на збудників ПСШ;

- визначення маркерів запалення (СРБ, ІЛ-6);

- імуногістохімічні маркери (CD138 — для виявлення плазматичних клітин).

3. Інструментальні дослідження:

- УЗД — нерівномірна товщина ендометрія, кісти, підвищена ехогенність строми;

- Гістероскопія — виявлення зернистості, поліпозних розростань, вогнищ некрозу, рубців;

- Біопсія ендометрія — «золотий стандарт» діагностики, дозволяє виявити плазматичні клітини, фіброз, порушення залозистого апарату;

- МРТ малого таза — уточнення структурних змін у складних випадках.

4. Диференційна діагностика:

- з ендометріозом;

- аденоміозом;

- гіперплазією ендометрія;

- субмукозною міомою;

- порушеннями циклу ендокринного генезу.

Хронічний ендометрит залишається недооціненою, але суттєвою причиною хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку. Його виявлення базується на інтеграції клінічних, морфологічних та мікробіологічних даних, що дозволяє формувати адекватний підхід до подальшого ведення таких пацієнток.

Ендометріоз — це гормонозалежне хронічне захворювання, при якому тканини, подібні до ендометрія, виявляються за межами порожнини матки, зокрема на очеревині, яєчниках, маткових трубах, зв'язках матки, сечовому

міхурі, кишечнику та інших структурах малого таза. Це одна з найпоширеніших гінекологічних патологій, що спричиняє хронічний тазовий біль (ХТБ), безпліддя та значне зниження якості життя жінок.

Класифікація ендометріозу

Існує декілька класифікацій ендометріозу, зокрема за локалізацією та ступенем тяжкості:

- За анатомічною локалізацією:

- Генітальний ендометріоз:
- внутрішній (аденоміоз);
- зовнішній (яєчники, очерешина, маткові зв'язки, піхва, шийка матки);
- *Екстрагенітальний ендометріоз (сечовий міхур, кишечник, пупок, діафрагма тощо).*

- За глибиною ураження та тяжкістю процесу (ASRM – Американське товариство репродуктивної медицини):

- I стадія (мінімальна);
- II стадія (легка);
- III стадія (помірна);
- IV стадія (тяжка).

Етіологія та патогенез

Точна причина ендометріозу залишається предметом наукових дискусій.

Основні гіпотези:

- Ретроградна менструація (Сампсона) — менструальна кров із клітинами ендометрія потрапляє в черевну порожнину через маткові труби;
- Метастатична гіпотеза (Мейєра) — перетворення клітин очередини в клітини, подібні до ендометрія;
- Гематогенне або лімфогенне поширення — пояснює віддалені локалізації (легені, шкіра);
- Імунологічні порушення — недостатність кліренсу клітин ендометрію імунною системою;

- Генетична схильність — частіша поява у родичок першого ступеня спорідненості.

Патогенез включає гормонозалежне проліферативне зростання ектопічного ендометрію, локальну продукцію естрогенів, підвищення концентрації простагландинів, цитокінів, факторів росту, що сприяють хронічному запаленню, фіброзу та нейрогенній сенситизації.

Клінічна картина

Клінічні прояви залежать від локалізації та ступеня ураження:

- Хронічний тазовий біль — основна скарга. Біль постійний або циклічний, посилюється перед і під час менструацій;

- Дисменорея — виражені болі під час менструацій;

- Диспареунія — болі під час або після статевого акту;

- Дисхезія — болісна дефекація, особливо при ураженні прямої кишки або сигмоподібної кишки;

- Дизурія — при ураженні сечового міхура;

- Безпліддя — до 50% жінок з ендометріозом мають проблеми із зачаттям;

- Порушення менструального циклу — гіперменорея, менорагія.

Патофізіологічні механізми болю

Біль при ендометріозі зумовлений низкою факторів:

- Запалення — ектопічні імпланти продукують простагландини, ІЛ-1 β , ІЛ-6, ФНП- α ;

- Іннервація — ектопічні вогнища інервуються сенсорними волокнами, що підвищують чутливість;

- Фіброз та спайки — механічна компресія нервових закінчень;

- Центральна сенситизація — посилення ноцицептивного потоку у ЦНС;

- Ендокринні порушення — локальна естрогенна активність у вогнищах, порушення балансу естроген-прогестерон.

Діагностика

Виявлення ендометріозу ґрунтується на клінічному мисленні та результатах інструментальних і морфологічних методів:

1. Клінічне обстеження:

- бімануальне дослідження: болісність, обмежена рухливість матки, утворення в ділянці придатків;

2. Інструментальні методи:

- УЗД органів малого таза: наявність ендометріїдних кіст яєчників (гомогенна гіпоехогенна структура);

- МРТ — високочутливий метод для глибокого інфільтративного ендометріозу;

- Гістероскопія — при внутрішньому ендометріозі (аденоміоз);

- Лапароскопія — «золотий стандарт» діагностики. Дозволяє візуалізувати та гістологічно підтвердити ендометріїдні вогнища;

3. Лабораторні дослідження:

- визначення маркерів запалення (СРБ, ІЛ-6);

- СА-125 — може бути підвищений, але неспецифічний;

- гормональні панелі (ФСГ, ЛГ, естрадіол, прогестерон) для оцінки оваріального резерву.

4. Диференційна діагностика:

- аденоміоз, субмукозні міоми;

- хронічні запальні захворювання органів малого таза;

- синдром подразненого кишечника;

- інтерстиціальний цистит;

- нейропатії малого таза.

Ендометріоз потребує раннього розпізнавання через значний вплив на якість життя та високу частоту асоційованого тазового болю.

Лейоміома матки — це доброякісна гормонозалежна пухлина, що походить із гладком'язових клітин міометрія. Ця патологія є однією з найпоширеніших серед жінок репродуктивного віку. Хоча більшість лейоміом протікають безсимптомно, великі або множинні вузли можуть викликати

хронічний тазовий біль, порушення менструального циклу та інші дискомфортні стани.

Класифікація лейоміом

Класифікація базується на локалізації пухлинних вузлів у товщі матки:

- Субсерозні — ростуть у напрямку зовнішньої поверхні матки;
- Інтрамуральні — розташовані в товщі міометрія;
- Субмукозні — прилягають до ендометрію та виступають у порожнину матки;
- Цервікальні — локалізуються в ділянці шийки матки;
- Ізольовані або паразитарні — поза межами матки (вкрай рідко).

У сучасній практиці використовується класифікація FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), яка детально описує тип вузлів від 0 до 8 залежно від їх локалізації та залучення тканин.

Етіологія та патогенез

Точна причина розвитку лейоміом невідома, але існує низка чинників, що впливають на їх виникнення:

- Гормональний вплив — залежність від рівня естрогенів і прогестерону;
- Генетична схильність — частіше трапляються у жінок, родичі яких мали подібні пухлини;
- Епігенетичні зміни — мутації в генах MED12, HMGA2;
- Фактори росту — підвищена експресія трансформуючих факторів росту (TGF- β);
- Запалення та гіпоксія — активація локальних процесів проліферації клітин.

Міоматозні вузли формуються в результаті проліферації гладком'язових клітин із залученням фібробластів і продукцією великої кількості міжклітинної речовини.

Клінічні прояви

Прояви лейоміоми залежать від її розмірів, кількості вузлів та локалізації:

- Хронічний тазовий біль — тягнучий, ниючий, локалізований у нижній частині живота, посилюється перед менструацією або при фізичному навантаженні;

- Відчуття тиску в малому тазі — особливо при великих або субсерозних вузлах;

- Менорагія, гіперменорея — рясні та тривалі менструації при субмукозній локалізації;

- Диспареунія — біль під час статевого акту, переважно при низько розташованих або задньо локалізованих вузлах;

- Полакіурія, дизурія — внаслідок здавлення сечового міхура;

- Закрепи — при компресії прямої кишки;

- Проблеми з репродукцією — безпліддя, звичні викидні, передчасні пологи.

Патофізіологія больового синдрому

Біль при лейоміомі зумовлений декількома механізмами:

- Розтягнення капсули матки через зростання пухлини;

- Здавлення сусідніх структур — сечового міхура, кишечника, нервових сплетень;

- Ішемія вузла — порушення кровопостачання при великих розмірах або дегенеративних змінах (наприклад, червона дегенерація);

- Запальні реакції — при некрозі або гіалінізації тканин;

- Іннервація — вплив на тазові нервові структури.

Діагностика

Обстеження включає комплекс клінічних, інструментальних і лабораторних методів:

1. Фізикальне обстеження:

- бімануальне піхвове дослідження: збільшена, щільна, горбиста матка;

2. Інструментальні методи:

- Трансвагінальне УЗД — основний метод виявлення, дозволяє оцінити кількість, розмір, локалізацію вузлів;

- Гістероскопія — корисна для діагностики субмукозних вузлів;
- МРТ малого таза — висока точність у визначенні великих і множинних утворень;

3. Лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові — виявлення анемії;
- коагулограма — при гіперменореї;
- гормональні дослідження — за потреби (ФСГ, ЛГ, естрадіол).

4. Диференційна діагностика:

- ендометріоз;
- аденоміоз;
- хронічні запальні захворювання;
- пухлини яєчників;
- вади розвитку матки;
- саркома матки (особливо при швидкому зростанні вузла після менопаузи).

Лейоміома є важливою причиною хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку, що потребує точного діагностичного підходу та міждисциплінарної співпраці в оцінці клінічного значення виявлених змін.

Синдром залишків яєчників (СЗЯ) — це клінічний стан, що виникає після гістеректомії з або без аднексектомії, при якому функціональна тканина яєчника, що залишилася, викликає хронічний тазовий біль, формування кіст, ендометріозоподібні вогнища або спайкові процеси. Частіше зустрічається у жінок, яким виконувалися складні операції з приводу ендометріозу, запальних захворювань або вираженого спайкового процесу.

Класифікація

Хоча уніфікованої класифікації синдрому залишків яєчників не існує, його можна умовно поділити за клінічним перебігом:

- Латентна форма — наявність залишкової тканини без клінічних проявів;
- Симптомна форма — виражений тазовий біль, утворення кіст або мас;

- Ускладнена форма — приєднання інфекції, абсцеси, торсія залишку яєчника.

Етіологія та фактори ризику

Основними причинами розвитку СЗЯ є:

- Неповне видалення яєчникової тканини при хірургічному втручанні;
- Хірургічні труднощі через щільні спайки або ендометріюїдні ураження;
- Інтраопераційна кровотеча, що змушує обмежити обсяг втручання;
- Збереження судинного живлення залишеної тканини;
- Атипова анатомія малого таза.

Факторами ризику є:

- багаторазові оперативні втручання на органах малого таза;
- глибокий інфільтративний ендометріоз;
- хронічні запальні захворювання;
- попередні ускладнення під час операцій.

Клінічні прояви

Симптоматика синдрому залишків яєчників може з'явитися через декілька місяців або навіть років після операції і включає:

- Хронічний або циклічний тазовий біль, часто односторонній;
- Диспареунія — біль під час статевого акту;
- Дискомфорт у зоні рубця після лапаротомії або лапароскопії;
- Менструальноподібні болі при збереженій функції залишку;
- Масо-ефекти — при розвитку кіст або об'ємних утворень;
- Порушення сечовипускання або дефекації — у разі компресії суміжних структур.

Механізми розвитку болю

Больовий синдром зумовлений кількома патофізіологічними механізмами:

- Гормональна активність залишку яєчникової тканини;
- Формування функціональних кіст та періовуляторний біль;
- Ендометріюїдні вогнища в зоні залишку;
- Спайковий процес із залученням нервових структур;

- Мікроскопічне ураження нервів під час попередніх втручань.

Діагностика

Діагностика СЗЯ потребує комплексного підходу:

1. Анамнез:

- попередні гістеректомії або аднексектомії;
- характер і тривалість болю;
- супутні гінекологічні захворювання (ендометріоз).

2. Фізикальне обстеження:

- локалізований біль у зоні малого таза;
- іноді — пальпаторне виявлення об'ємного утворення.

3. Інструментальні методи:

- УЗД органів малого таза — наявність залишкової структури з фолікулярною активністю або кістою;
- МРТ — точна візуалізація м'якотканинних елементів;
- КТ — за необхідності диференційної діагностики;
- Діагностична лапароскопія — “золотий стандарт” для виявлення та підтвердження діагнозу;
- Сцинтиграфія з міченим технецієм — у складних випадках для визначення функціональної залишкової тканини.

4. Лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові;
- рівень гормонів (ФСГ, ЛГ, естрадіол) при підозрі на гормональну активність залишку.

5. Диференційна діагностика:

- ендометріоз;
- рецидивуючі кісти яєчників;
- спайкова хвороба;
- невралгії;
- пухлини таза.

Синдром залишків яєчників є серйозною і часто недооціненою причиною хронічного тазового болю, що потребує пильного міждисциплінарного підходу до діагностики та визначення подальшої тактики ведення.

Тазові спайки — це патологічне зрощення органів та тканин малого таза, яке виникає внаслідок запального процесу, хірургічних втручань, травм чи інших факторів, що сприяють утворенню сполучної тканини між сусідніми органами. Це один з важливих чинників, що можуть спричиняти хронічний тазовий біль (ХТБ), часто у вигляді ниючих болів або болючих відчуттів, що виникають через натяг спайок або здавлення сусідніх органів.

Класифікація тазових спайок

Тазові спайки класифікуються за кількістю, розташуванням та тяжкістю перебігу:

- *Локалізація спайок:*

- Передні спайки — між сечовим міхуром та передньою стінкою матки або іншими органами переднього відділу малого таза.

- Задні спайки — між прямою кишкою та задньою стінкою матки, а також іншими органами заднього відділу малого таза.

- Параметріальні спайки — утворення спайок навколо шийки матки, у періоді між органами.

- Спайки між маткою та яєчниками або маткою та фаллопієвими трубами — можуть викликати безпліддя або порушення функції органів репродуктивної системи.

- *За ступенем вираженості:*

- Легкі спайки — незначні обмеження рухливості органів, без великого впливу на функціонування органів.

- Помірні спайки — виражене обмеження рухливості органів, з появою дискомфорту.

- Тяжкі спайки — значне зрощення органів, що може викликати серйозні порушення їх функції, на кшталт обструкції або безпліддя.

Етіологія та патогенез

Тазові спайки можуть розвиватися через кілька механізмів, пов'язаних із запальними або травматичними процесами:

1. Запальні процеси: Після інфекційних або запальних захворювань органів малого таза (наприклад, хронічний ендометрит або пельвіоперитоніт), органи можуть бути склеєні між собою через утворення фіброзної тканини. Запальний процес активує утворення колагену та інших компонентів сполучної тканини, що веде до формування спайок.

2. Хірургічні втручання: Будь-яка хірургія, яка зачіпає органи малого таза (наприклад, операції з приводу ендометріозу, міом або апендектомії), може призвести до утворення спайок через порушення цілісності тканин та їх подальшу репарацію.

3. Травми: Травматичні ушкодження органів малого таза (наприклад, після автокатастроф, пологів або нещасних випадків) також можуть спричиняти утворення спайок через загоєння пошкоджених тканин.

4. Репродуктивні порушення: Спайки можуть виникати після складних пологів або при порушенні репродуктивної функції, зокрема, через запальні процеси, що розвиваються після викиднів чи абортів.

5. Гормональні зміни: У жінок з ендометріозом або іншими гормонозалежними захворюваннями спостерігається висока ймовірність розвитку тазових спайок через хронічне запалення та зміну структури тканин.

Клінічні прояви тазових спайок

Симптоми тазових спайок можуть бути різними, залежно від їх локалізації та тяжкості. Основними клінічними проявами є:

1. Хронічний тазовий біль: Це головний симптом тазових спайок. Біль зазвичай ниючий, тягнучий, локалізується в нижній частині живота або в ділянці малого таза. Біль може посилюватися під час менструації, при статевих актах або під час фізичного навантаження, через рух органів, які обмежені спайками.

2. Менструальні порушення: Тазові спайки можуть викликати менорагію (рясні менструації) або дисменорею (болісні менструації), оскільки спайки обмежують нормальне кровообіг і рухливість матки.

3. Безпліддя: Одним з наслідків тазових спайок є порушення прохідності фаллопієвих труб, що ускладнює зачаття. Спайки, які утворюються навколо матки чи яєчників, можуть заважати нормальному функціонуванню репродуктивних органів.

4. Диспареунія (біль під час статевого акту): Спайки можуть обмежувати рухливість органів малого таза, що може призвести до болю під час статевого акту, особливо якщо спайки локалізуються в області шийки матки чи вагіни.

5. Дизурія та полакіурія: Спайки, які здавлюють сечовий міхур, можуть призводити до болю при сечовипусканні, частих позивів до сечовипускання або утруднень.

6. Проблеми з кишечником: Спайки можуть спричиняти обструкцію або здавлення кишечника, що веде до закріпів, здуття живота, болю в животі та інших диспептичних симптомів.

7. Відчуття тяжкості та тиску в нижній частині живота: Цей симптом часто виникає при великих спайках або при їхній локалізації навколо органів малого таза.

Діагностика тазових спайок

Основними методами діагностики тазових спайок є:

1. Фізикальне обстеження: Під час бімануального дослідження може бути виявлена біль при пальпації певних ділянок живота або таза, а також обмеження рухливості матки чи яєчників.

2. Ультразвукове дослідження: Трансвагінальне УЗД дозволяє виявити ознаки спайок, зокрема зміни в локалізації та структурі органів малого таза.

3. Лапароскопія: Це інвазивний метод, який дозволяє безпосередньо оглянути органи малого таза та виявити спайки. Лапароскопія є золотим стандартом у діагностиці тазових спайок.

4. Магнітно-резонансна томографія (МРТ): МРТ допомагає виявити наявність спайок та визначити їх вплив на органи малого таза.

Диференціальна діагностика

При постановці діагнозу необхідно враховувати інші патології, які можуть спричиняти подібні симптоми:

- Ендометриоз;
- Аденоміоз;
- Лейоміома матки;
- Хронічні запальні захворювання органів малого таза;
- Гінекологічні інфекції;
- Пухлини органів малого таза.

Під час диференціації важливо враховувати симптоми, історію захворювання, а також результати лабораторних і інструментальних досліджень.

Вестибуліт — це хронічний біль в ділянці вестибули піхви, що виникає при легкому дотику або безпосередньому контакті з цією ділянкою. Ця патологія є однією з причин диспареунії (болісних статевих актів) у жінок і може значно знижувати якість життя. Вестибуліт іноді називають вульводинією, хоча ці терміни мають певні відмінності.

Класифікація вестибуліту

1. Первинний вестибуліт — виникає без будь-яких інших відомих причин або попередніх захворювань. Це найбільш поширена форма вестибуліту, що зустрічається у молодих жінок без історії травм або інфекцій.

2. Вторинний вестибуліт — розвивається як наслідок інших захворювань, таких як інфекції, травми чи хірургічні втручання. Це може бути результатом хронічних інфекцій, таких як кандидоз, хламідіоз чи герпес.

3. Обмежений вестибуліт — біль локалізується тільки в одному сегменті вестибуля піхви, зазвичай на певній ділянці.

4. Генералізований вестибуліт — біль поширюється по всьому вестибулуму піхви, і жінка відчуває дискомфорт під час будь-якого дотику до цієї ділянки.

Етіологія та патогенез

Етіологія вестибуліту може бути різноманітною і включає в себе як фізіологічні, так і психологічні чинники:

1. Інфекційні фактори: Хронічні інфекції в області статевих органів можуть спричинити запалення вестибуля піхви. Це можуть бути такі інфекції, як кандидоз, хламідіоз, герпес, або інші бактеріальні та вірусні інфекції.

2. Травми: Механічні травми, такі як сильні статеві акти, хірургічні втручання або фізичне пошкодження (наприклад, після пологів), можуть призводити до утворення рубців і виникнення вестибуліту.

3. Нервова чутливість: У деяких випадках болі в вестибулі можуть бути пов'язані з підвищеною чутливістю нервових закінчень в цій ділянці. Порушення нормальної функції нервових закінчень може призводити до хронічного болю.

4. Гормональні зміни: Зміни гормонального фону, зокрема під час менопаузи або після лікування гормональними препаратами, можуть призводити до зменшення слизової піхви та підвищення чутливості вестибуля, що також може стати причиною болю.

5. Психологічні фактори: Психологічні аспекти, такі як стрес, депресія або тривожні розлади, можуть значно посилювати біль при вестибуліті або робити його хронічним.

Клінічні прояви

Основним симптомом вестибуліту є біль або дискомфорт в ділянці вестибуля піхви. Біль може бути різної інтенсивності та характеру, але зазвичай він:

- Біль під час статевого акту: Це найпоширеніший симптом вестибуліту, що часто супроводжується болючими відчуттями при введенні пеніса, а також іноді при використанні тампонів або інших інтравагінальних предметів.

- Біль при дотику: Часто жінки з вестибулітом відчують біль при легкому дотику до вестибуля піхви, що може виникати навіть при носінні певного типу білизни.

- Дискомфорт у повсякденному житті: Вестибуліт може викликати постійний дискомфорт, що впливає на загальний рівень комфорту і якість життя жінки. Деякі пацієнти відчують біль навіть при сидінні або під час фізичних навантажень.

- Свербіж, печіння або набряк: Інші супутні симптоми включають свербіж, печіння або набряк в ділянці вестибуля піхви, що також може бути результатом запальних процесів.

Діагностика вестибуліту

1. Фізикальне обстеження: Вестибуліт зазвичай діагностується під час фізикального обстеження. Лікар проводить обережне пальпування вестибуля піхви для виявлення больових ділянок. Це може включати в себе тестування на болючість при пальпації певних точок вестибуля піхви (тест на вестибулярну чутливість).

2. Клінічне дослідження: Важливо зібрати історію захворювання пацієнта, що включає наявність інфекцій, травм чи інших факторів, які можуть бути пов'язані з розвитком вестибуліту. Також слід оцінити наявність супутніх симптомів, таких як виділення, свербіж, зміни менструального циклу та інші.

3. Лабораторні дослідження: Для виключення інфекційних причин вестибуліту проводяться аналізи на наявність інфекцій (кандидоз, хламідіоз, гонорея). Тестування на інфекції дає змогу виявити бактеріальні або грибкові інфекції, що можуть бути основними причинами болю.

4. Кольпоскопія: Це метод візуалізації, що дозволяє вивчити стан слизової оболонки піхви та виявити можливі зміни або патології, що можуть спричиняти болі в вестибулі.

5. Біопсія: В окремих випадках може бути проведена біопсія для виключення серйозніших патологій або пухлинних процесів, які можуть викликати подібні симптоми.

Диференціальна діагностика

При діагностиці вестибуліту важливо відрізнити його від інших захворювань, що можуть мати подібні симптоми:

- Вульводинія: Це хронічний біль у вульві, що також може бути спричинений підвищеною чутливістю нервових закінчень, але не обов'язково обмежується лише вестибулумом.

- Гінекологічні інфекції: Інфекції, такі як кандидоз, герпес чи хламідіоз, можуть викликати подібні симптоми болю та свербіжу, але вони часто супроводжуються іншими симптомами, такими як виділення.

- Ендометріоз: Патологія, яка також може призводити до болю, зокрема болю при статевому акті, але в основному вона виникає в порожнині матки або інших органах малого таза.

- Інші гінекологічні захворювання: Наприклад, лейоміома матки або аденоміоз можуть також викликати болі внизу живота, але їх симптоми відрізняються від симптомів вестибуліту за локалізацією болю та супутніми проявами.

Важливо, щоб діагностика проводилася лікарем-гінекологом, а лікування залежало від встановленої етіології та характеру болю.

Вульводинія — це хронічний біль або дискомфорт у вульві (зовнішніх статевих органах), який може бути постійним або періодичним. Це стан, що характеризується болем, печінням або свербіжем в області вульви, зазвичай без видимих змін або з іншими очевидними ознаками запалення. Вульводинія може значно знижувати якість життя, викликаючи труднощі в статевому житті, а також емоційні та психологічні проблеми.

Класифікація вульводинії

1. Невизначена вульводинія — біль у вульві без чіткої етіології, що не пов'язаний з іншими відомими захворюваннями або патологічними станами.

2. Класична (генералізована) вульводинія — болючість, що поширюється по всій вульві, без локалізації у конкретній ділянці.

3. Вульводинія на фоні локалізованої гіперестезії — біль у певній частині вульви, зокрема в області вестибуля піхви, який може бути обумовлений підвищеною чутливістю.

4. Вульводинія після інфекцій — розвивається після перенесених інфекцій, таких як кандидоз або хламідіоз, але триває довше, ніж типова інфекція, і не піддається звичайному лікуванню.

5. Механічна вульводинія — біль, що виникає під час фізичних навантажень, статевого акту або носіння певного одягу.

Етіологія та патогенез

Етіологія вульводинії є багатоаспектною і не завжди зрозумілою, але існують декілька ключових факторів, які можуть сприяти розвитку цього захворювання:

1. Нервова чутливість: Однією з основних причин вульводинії є підвищена чутливість нервових закінчень в області вульви. Це може бути результатом порушення нормальної функції нервової системи або зміни в роботі болісних рецепторів.

2. Інфекційні фактори: Хронічні інфекції, такі як кандидоз, герпес або хламідіоз, можуть бути причиною вульводинії, навіть після того, як інфекція вже була успішно лікувана.

3. Гормональні зміни: Вульводинія може бути пов'язана з змінами рівня гормонів, зокрема естрогену, що часто спостерігається у жінок після менопаузи або під час вагітності.

4. Психологічні фактори: Стрес, депресія, тривожні розлади можуть погіршувати больові відчуття, а також можуть бути тригером для розвитку вульводинії або сприяти її хронізації.

5. Травми та мікротравми: Механічні травми вульви (наприклад, після пологів, хірургічних втручань або сексуального насильства) можуть викликати або посилювати вульводинію.

6. Підвищена реактивність і запалення: У деяких випадках хронічне запалення або порушення імунної відповіді в тканинах вульви можуть сприяти розвитку вульводинії.

Клінічні прояви

Основні симптоми вульводинії включають:

- Біль і дискомфорт: Найхарактерніший симптом — це біль в області вульви, який може бути гострим, пекучим або відчутним як «пульсація». Цей біль часто посилюється під час статевого акту або при носінні тісної білизни чи джинсів.

- Свербіж та печіння: Хоча вульводинія не завжди супроводжується видимими змінами на шкірі вульви, пацієнти можуть скаржитися на постійний свербіж або печіння в цій області.

- Психологічний дискомфорт: Біль часто призводить до емоційних проблем, таких як депресія, тривога, зниження самооцінки, порушення сексуального здоров'я та зниження якості життя.

- Біль при дотику: Вульводинія може бути дуже чутливою до легкого дотику або натискання на певні ділянки вульви. У деяких випадках пацієнти можуть відчувати біль навіть при контакті з водою під час купання.

Діагностика вульводинії

1. Фізикальне обстеження: Лікар проводить обстеження для виключення інших можливих причин болю в цій області. Важливо оцінити наявність запальних процесів, інфекцій або змін у тканинах, які можуть бути причиною болю.

2. Визначення чутливості: Для визначення локалізації болю лікар може провести тестування на чутливість, що включає легке натискання на вульву або вестибулум піхви, щоб виявити болючі точки.

3. Лабораторні дослідження: Аналізи на наявність інфекційних агентів (наприклад, кандидозу, хламідіозу, гонореї) допомагають виключити інфекційні фактори як причину болю.

4. Кольпоскопія: Цей метод дозволяє візуалізувати стан слизових оболонок та виявити можливі патології, такі як хронічний запальний процес, виразки або інші ушкодження.

5. Диференціальна діагностика: Вульводинія необхідно диференціювати від інших захворювань, які можуть викликати подібні симптоми, таких як вестибуліт, кандидоз, герпес або більш серйозні стани, такі як рак.

Вульводинія є складним захворюванням, яке потребує ретельної діагностики та індивідуального підходу до лікування. Важливо, щоб пацієнт отримував комплексну допомогу від різних фахівців, щоб максимально полегшити симптоми та покращити якість життя.

3.2. Урологічні аспекти ХТБ у чоловіків

Біль урологічного походження є однією з важливих причин хронічного тазового болю. До таких захворювань відносяться:

- 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

Ці стани можуть бути як ізольованими причинами болю, так і частиною полісиндромного клінічного перебігу, особливо у пацієнтів із хронічним перебігом захворювань. Вони вимагають ретельного клінічного аналізу, врахування супутніх функціональних розладів і міждисциплінарного ведення.

Пухлини сечового міхура як причина хронічного тазового болю є важливою урологічною патологією, яка може значно погіршити якість життя пацієнта. Хоча більшість пухлин сечового міхура мають доброякісний характер, вони все ж можуть спричиняти значні симптоми, зокрема хронічний тазовий біль, через їх локалізацію та взаємодію з навколишніми структурами. Біль може бути різним за інтенсивністю та характером, залежно від розміру пухлини, її типу та стадії розвитку.

Клінічні прояви пухлин сечового міхура

Пухлини сечового міхура можуть бути як доброякісними, так і злоякісними. Клінічні прояви можуть значно варіюватися, але найпоширенішими симптомами є:

- Хронічний тазовий біль: Пацієнти часто описують біль як тягнучий, ниючий, з локалізацією в нижній частині живота. Біль може посилюватися при заповненні сечового міхура або після тривалого утримання сечі, а також зменшуватися після сечовипускання.

- Гематурія: Одна з найбільш характерних ознак пухлин сечового міхура — наявність крові в сечі, яка може бути як видимою (макроскопічною), так і невидимою (мікроскопічною). Гематурія є симптомом як доброякісних, так і злоякісних пухлин.

- Дизурія: Болісне сечовипускання, яке часто супроводжується різями або дискомфортом. Це може бути результатом здавлення сечового міхура пухлиною або порушенням його нормальної функції.

- Часті позиви до сечовипускання: Підвищена частота сечовипускання, навіть коли сечовий міхур не заповнений повністю, є частим симптомом при пухлинах сечового міхура.

- Неповне спорожнення сечового міхура: Відчуття того, що сечовий міхур не спорожнив повністю після сечовипускання, також є характерним симптомом, пов'язаним із здавленням сечового міхура пухлиною.

Ці симптоми можуть з'являтися поступово, і пацієнти часто не звертаються за допомогою на початкових стадіях розвитку пухлини, що ускладнює ранню діагностику.

Патофізіологія болю при пухлинах сечового міхура

Біль при пухлинах сечового міхура може виникати внаслідок кількох основних механізмів:

- Розтягнення стінки сечового міхура: Пухлини сечового міхура можуть викликати розтягнення його стінки, що призводить до больових відчуттів. Це особливо актуально для великих пухлин, які займають значну частину порожнини міхура і створюють механічний тиск на тканини.

- Здавлення навколишніх структур: Зростаюча пухлина може здавлювати навколишні органи і тканини, зокрема сечоводи, уретру, нервові сплетення, що

також спричиняє біль. Наприклад, здавлення уретри може призводити до затримки сечі, що збільшує дискомфорт.

- Ішемія пухлини: При великих пухлинах або деформаціях сечового міхура може виникати ішемія, тобто порушення кровопостачання пухлини, що також супроводжується больовими відчуттями. Ішемія може бути викликана зменшенням кровотоку до пухлини через тиск на судини.

- Запальні процеси: Запалення в пухлині або навколишніх тканинах може також бути джерелом болю. Якщо пухлина розвивається на фоні інфекційних процесів, це може призводити до інтенсивного болю та подразнення тканин.

Диференційна діагностика пухлин сечового міхура

Диференційна діагностика пухлин сечового міхура важлива для встановлення правильного діагнозу та виключення інших можливих захворювань, які можуть спричиняти схожі симптоми. Серед таких патологій варто зазначити:

- Хронічні інфекції сечовивідних шляхів (Цистит): Інфекційні захворювання сечового міхура часто супроводжуються болем, частими позивами до сечовипускання та гематурією. Однак на відміну від пухлин, інфекційні процеси зазвичай супроводжуються іншими ознаками, такими як підвищення температури, наявність бактеріурії в сечі.

- Камені сечового міхура: Камені можуть викликати схожі симптоми, включаючи біль при сечовипусканні, гематорію та часті позиви до сечовипускання. Відмінність полягає в тому, що камені зазвичай можна виявити при ультразвуковому дослідженні або рентгенографії.

- Запальні захворювання: Хронічний цистит, уретрит або простатит можуть також спричиняти біль у нижній частині живота та сечовипусканні, але вони мають інші клінічні ознаки та характер запальних процесів.

Для підтвердження діагнозу пухлин сечового міхура використовуються різні діагностичні методи, серед яких:

1. Цистоскопія — це золотий стандарт для виявлення пухлин сечового міхура. Під час цієї процедури лікар може безпосередньо оглянути порожнину сечового міхура та виявити наявність новоутворень.

2. Ультразвукове дослідження (УЗД) — дозволяє виявити пухлини, визначити їх розміри та локалізацію.

3. Комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ) — використовуються для детальнішого вивчення пухлини, визначення її стадії, локалізації та можливих метастазів.

4. Магнітно-резонансна уретрографія — застосовується для оцінки уретри та визначення здавлення її пухлиною.

5. Пет-сканування — використовується для оцінки метастазів, коли є підозра на злоякісність пухлини.

Лікування та прогноз

Лікування пухлин сечового міхура залежить від типу пухлини (доброякісна чи злоякісна), її розміру, локалізації та стадії розвитку. Для доброякісних пухлин можуть використовуватися консервативні методи лікування, включаючи спостереження або хірургічне видалення. Злоякісні пухлини потребують комплексного підходу, включаючи хірургічне втручання, радіотерапію або хіміотерапію в залежності від стадії захворювання.

Пухлини сечового міхура є серйозною причиною хронічного тазового болю, і для успішного лікування важливим є раннє виявлення та правильна діагностика, що дозволяє зменшити ризик ускладнень та поліпшити прогноз для пацієнта.

Хронічна інфекція сечовивідних шляхів (ХІСШ) є однією з найбільш поширених урологічних патологій серед жінок, яка може стати значним чинником розвитку хронічного тазового болю. Існуючи в організмі протягом тривалого часу, вона спричиняє не тільки дискомфорт, а й може мати серйозні наслідки для функціонування сечовивідних шляхів і загального стану пацієнта.

Клінічні прояви хронічної інфекції сечовивідних шляхів

Основні клінічні прояви хронічної інфекції сечовивідних шляхів, які можуть бути чинниками хронічного тазового болю, включають:

- Біль внизу живота: Пацієнти часто описують біль як тягнучий або ниючий, локалізований внизу живота або в тазовій ділянці. Цей біль може посилюватися під час або після сечовипускання.

- Дизурія: Біль або печіння під час сечовипускання є класичним симптомом інфекції сечовивідних шляхів, що часто супроводжується відчуттям неповного спорожнення сечового міхура.

- Часті позиви до сечовипускання: Пацієнти можуть відчувати потребу в сечовипусканні навіть після того, як сечовий міхур був частково порожній, що зумовлено подразненням сечового міхура внаслідок інфекційного процесу.

- Гематурія: Наявність крові в сечі, яка може бути як видимою (макроскопічною), так і невидимою (мікроскопічною).

- Підвищення температури тіла: Хронічна інфекція може супроводжуватися субфебрильною температурою або навіть фебрильними показниками у разі загострення.

- Запах сечі: Сеча може мати неприємний запах через присутність інфекційних агентів, зокрема бактерій.

Патофізіологія болю при хронічній інфекції сечовивідних шляхів

Біль при ХІСШ зумовлений кількома основними механізмами:

- Запалення слизової оболонки сечового міхура: Інфекційний процес викликає запалення стінки сечового міхура, що призводить до подразнення нервових закінчень і виникнення болю.

- Дисфункція сечовивідних шляхів: Внаслідок запалення змінюється нормальна функція сечового міхура, що сприяє болю при сечовипусканні, неповному спорожненні та підвищеній частоті позивів.

- Ішемія тканин: При тривалому запаленні порушується кровопостачання тканин сечового міхура, що може спричиняти біль та дискомфорт.

- Спазм м'язів сечового міхура: Запалення часто супроводжується спазмами гладкої мускулатури сечового міхура, що також може бути джерелом болю.

Фактори ризику та етіологія хронічної інфекції сечовивідних шляхів

Хронічна інфекція сечовивідних шляхів може бути спричинена різноманітними бактеріальними агентами. Найбільш поширеним збудником є *Escherichia coli*, проте також можуть бути присутніми інші патогени, такі як *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterococcus* та інші. Фактори, що сприяють розвитку хронічної інфекції, включають:

- Повторні інфекції: Часті епізоди циститу можуть призвести до переходу інфекції в хронічну форму.

- Недостатня антибактеріальна терапія: Неправильне або неповне лікування інфекцій може бути однією з причин хронізації процесу.

- Анатомічні аномалії сечовивідних шляхів: Наприклад, стриктури уретри або аномалії сечовивідних шляхів можуть спричиняти застій сечі і підвищувати ймовірність інфекції.

- Ослаблений імунітет: Пацієнти з ослабленою імунною системою (наприклад, при цукровому діабеті або ВІЛ-інфекції) більш схильні до хронічних інфекцій.

- Сексуальна активність: Часті статеві контакти, особливо без використання засобів контрацепції, можуть сприяти розвитку інфекцій у жінок.

Діагностика хронічної інфекції сечовивідних шляхів

Діагностика ХІСШ включає низку клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень:

1. Анамнез та фізикальне обстеження: Пацієнт часто повідомляє про повторювані епізоди циститу, часті позиви до сечовипускання, болі при сечовипусканні та інші симптоми.

2. Лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз сечі: Виявлення лейкоцитів, еритроцитів, бактерій та слизу у сечі.

- Посів сечі на бактеріологічне дослідження: Для визначення збудника та чутливості до антибіотиків.

- Кількість лейкоцитів в сечі: Підвищення рівня лейкоцитів може свідчити про наявність запалення.

3. Цистоскопія: Візуальний огляд сечового міхура для виявлення змін у слизовій оболонці, таких як виразки або інші ознаки хронічного запалення.

4. Ультразвукове дослідження сечового міхура: Для оцінки стану органа, виявлення можливих аномалій, таких як залишкова сеча або структурні зміни.

Диференційна діагностика хронічної інфекції сечовивідних шляхів

При постановці діагнозу необхідно виключити інші патології, які можуть мати схожі симптоми:

- Пухлини сечового міхура: Пухлини можуть викликати схожі симптоми, зокрема біль при сечовипусканні та гематурію, але ці симптоми супроводжуються іншими ознаками, такими як безболісна гематурія.

- Міофасціальні синдроми тазової ділянки: Біль, що локалізується в тазовій області, може бути викликаний спазмами м'язів, а не інфекцією.

- Синдром подразненого сечового міхура: Це не інфекційне захворювання, але його симптоми можуть бути схожими на ті, що спостерігаються при хронічному циститі.

Хронічна інфекція сечовивідних шляхів є серйозним чинником розвитку хронічного тазового болю і потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. Раннє виявлення та адекватне лікування допомагають запобігти ускладненням та значно полегшити стан пацієнта.

Інтерстиціальний цистит (ІЦ), також відомий як хронічний болючий цистит, є хронічним запальним захворюванням сечового міхура, яке характеризується болем у тазовій області та частими позивами до сечовипускання. Це захворювання переважно вражає жінок і може бути серйозною причиною хронічного тазового болю. Патогенез і точні причини

інтерстиціального циститу досі не з'ясовані, проте це захворювання потребує комплексного підходу до діагностики і лікування.

Клінічні прояви інтерстиціального циститу

Основні клінічні симптоми інтерстиціального циститу включають:

- Хронічний тазовий біль: Пацієнти часто скаржаться на постійний або періодичний біль в нижній частині живота або в області таза. Біль може посилюватися під час або після сечовипускання.

- Дизурія: Виникнення болю або печіння під час сечовипускання є типовим симптомом ІЦ. Це може бути дуже болісно, що значно погіршує якість життя.

- Часті позиви до сечовипускання: Пацієнти можуть відчувати необхідність часто відвідувати туалет, навіть коли сечовий міхур не повний. Позиви можуть бути дуже інтенсивними.

- Полакіурія: Часте сечовипускання в маленьких кількостях, що спричиняє додаткові незручності для пацієнтів.

- Підвищена чутливість сечового міхура: У деяких випадках інтерстиціальний цистит може супроводжуватися підвищеною чутливістю сечового міхура навіть при низьких рівнях наповнення.

Патофізіологія болю при інтерстиціальному циститі

Інтерстиціальний цистит викликає біль і дискомфорт через кілька механізмів:

- Пошкодження слизової оболонки сечового міхура: У пацієнтів з ІЦ відбуваються зміни у слизовій оболонці сечового міхура, що може спричиняти подразнення нервових закінчень та біль.

- Запалення підслизових тканин: Хронічне запалення у підслизовому шарі сечового міхура може призводити до болю і спазмів.

- Неврологічні порушення: Хронічне запалення може сприяти розвитку неврологічних порушень у нервових закінченнях сечового міхура, що веде до болю і гіперчутливості.

- Гіперемія та набряк тканин: Внаслідок запалення спостерігається гіперемія та набряк тканин сечового міхура, що підвищує чутливість органу.

- Зміни в мікрофлорі сечовивідних шляхів: Мікробіологічні зміни можуть спричиняти запальні реакції, які посилюють біль.

Етіологія інтерстиціального циститу

Точні причини інтерстиціального циститу залишаються неясними, проте існують кілька теорій щодо його етіології:

- Автоімунні процеси: Одна з теорій передбачає, що інтерстиціальний цистит може бути результатом аутоімунних процесів, при яких імунна система організму атакує здорові тканини сечового міхура.

- Інфекційна теорія: Хоча ІЦ не є інфекційним захворюванням, деякі дослідження вказують на можливість впливу бактерій або вірусів на розвиток запалення в сечовому міхурі.

- Зміни у слизовій оболонці: Порушення у слизовій оболонці сечового міхура можуть призвести до підвищення проникності для токсичних речовин, що викликає запалення та біль.

- Нервово-судинні порушення: Пошкодження нервових закінчень сечового міхура або підвищена чутливість нервової системи можуть сприяти розвитку хронічного болю.

- Травматичні або механічні чинники: Пошкодження або травми сечового міхура, наприклад, після хірургічних втручань чи інфекцій, можуть виступати чинниками ризику для розвитку ІЦ.

Діагностика інтерстиціального циститу

Діагностика інтерстиціального циститу передбачає використання кількох методів, щоб виключити інші захворювання та підтвердити наявність ІЦ:

1. Анамнез та клінічні симптоми: Лікар збирає детальну історію захворювання, зокрема наявність болю в нижній частині живота, частих позивів до сечовипускання та дизурії.

2. Фізикальне обстеження: Виявлення болючості при пальпації тазової ділянки або при обстеженні сечового міхура.

3. Цистоскопія: Візуальний огляд внутрішньої поверхні сечового міхура за допомогою спеціального інструменту дозволяє виявити зміни слизової оболонки, такі як виразки чи точкові крововиливи, характерні для ІЦ.

4. Посів сечі та інші лабораторні тести: Для виключення інфекцій, що можуть мати схожі симптоми.

5. Ультразвукове дослідження сечового міхура: Допомагає оцінити стан сечового міхура та виключити інші можливі патології, такі як пухлини або камені.

Диференційна діагностика інтерстиціального циститу

Інтерстиціальний цистит має подібні симптоми з кількома іншими патологіями, тому важливо провести диференційовану діагностику, включаючи:

- Хронічні інфекції сечовивідних шляхів: Ці інфекції можуть мати схожі симптоми, але зазвичай вони супроводжуються позитивними бактеріологічними посівами.

- Пухлини сечового міхура: Тумори можуть викликати схожі симптоми, зокрема болі в животі та часті позиви до сечовипускання.

- Синдром подразненого сечового міхура: Це неінфекційний розлад, який може мати подібні симптоми, але не викликає запалення слизової оболонки сечового міхура.

Інтерстиціальний цистит є складним захворюванням, яке потребує уважного підходу до діагностики та лікування. Раннє виявлення і правильно підібрана терапія можуть значно полегшити стан пацієнта і покращити його якість життя.

Хронічний цистит та уретрит є запальними захворюваннями сечового міхура та уретри, які часто стають причиною хронічного тазового болю, особливо у жінок. Вони можуть супроводжуватися різноманітними симптомами, включаючи біль у нижній частині живота, дискомфорт під час сечовипускання та часті позиви до нього. Ці захворювання є серйозними патологіями, що потребують ретельного діагностування та лікування.

Клінічні прояви хронічного циститу та уретриту

Основні симптоми хронічного циститу та уретриту можуть бути схожими, проте є деякі відмінності у клінічній картині, що залежать від локалізації запального процесу:

- Хронічний тазовий біль: Один із основних симптомів обох захворювань. Біль може бути тупим, тягнучим і локалізуватися в нижній частині живота або тазу. Іноколи біль може посилюватися під час або після сечовипускання.

- Дизурія: Болісне сечовипускання, що є класичним симптомом як циститу, так і уретриту. Біль часто відчувається під час сечовипускання і може бути у вигляді печіння або різі.

- Часті позиви до сечовипускання: Пацієнти з хронічним циститом та уретритом часто мають потребу в сечовипусканні навіть при порожньому сечовому міхурі. Цей симптом часто є досить вираженим.

- Полакіурія: Часте сечовипускання маленькими порціями сечі. Це також є типовим для циститу та уретриту.

- Гематурія: Присутність крові в сечі, хоча цей симптом може бути менш вираженим у випадку хронічного запалення, він все ж може виникати внаслідок тривалого запального процесу.

Патофізіологія болю при хронічному циститі та уретриті

Біль при хронічному циститі та уретриті зумовлений кількома факторами:

- Запальний процес слизової оболонки: Хронічне запалення слизової оболонки сечового міхура та уретри призводить до подразнення нервових закінчень, що сприяє розвитку болю.

- Гіперчутливість нервових закінчень: Хронічний запальний процес може призводити до гіперчутливості нервових закінчень, що зумовлює підвищену чутливість до болю.

- Ішемія та порушення кровообігу: У результаті запалення порушується кровопостачання тканин, що призводить до ішемії і болю.

- Порушення функції сечового міхура та уретри: У випадку хронічного циститу та уретриту може спостерігатися порушення нормального функціонування сечового міхура, що також сприяє розвитку болю.

Етіологія хронічного циститу та уретриту

Хронічний цистит та уретрит можуть мати різноманітні причини, серед яких основними є:

- Бактеріальні інфекції: Однією з основних причин є інфекції, спричинені бактеріями, такими як *Escherichia coli*, які часто є збудниками циститу і уретриту.

- Захворювання, що передаються статевим шляхом: Інфекції, що передаються статевим шляхом (гонорея, хламідіоз), можуть бути причиною розвитку хронічного уретриту.

- Автоімунні процеси: У деяких випадках запалення може бути результатом аутоімунної реакції, при якій імунна система організму атакує тканини сечових шляхів.

- Інші інфекційні агенти: Рідше хронічний цистит та уретрит можуть бути спричинені вірусами або грибами.

- Травми сечових шляхів: Механічні травми уретри або сечового міхура (наприклад, після катетеризації) можуть призвести до хронічного запалення.

- Іритація сечових шляхів: Деякі хімічні подразники (наприклад, токсичні речовини в препаратах або засобах для гігієни) можуть сприяти розвитку хронічного запалення.

Діагностика хронічного циститу та уретриту

Діагностика хронічного циститу та уретриту включає кілька методів, спрямованих на виявлення запального процесу та виключення інших можливих захворювань:

1. Анамнез та фізикальне обстеження: Лікар збирає детальну історію захворювання, включаючи симптоми, такі як біль під час сечовипускання та часті позиви до сечовипускання.

2. Аналіз сечі: Для виявлення інфекції проводиться загальний аналіз сечі, що дозволяє виявити лейкоцити, еритроцити та бактерії.

3. Посів сечі: Для визначення конкретного збудника інфекції проводиться посів сечі на бактеріологічне дослідження.

4. Ультразвукове дослідження: Ультразвукове обстеження дозволяє виявити зміни в сечовому міхурі, такі як поліпи, камені або інші патології.

5. Цистоскопія: Інструментальне дослідження сечового міхура дозволяє оцінити стан слизової оболонки та виявити ознаки запалення.

Диференційна діагностика

Хронічний цистит та уретрит можуть мати подібні симптоми з іншими патологіями, тому важливо провести диференційну діагностику, щоб виключити такі захворювання:

- Інтерстиціальний цистит: Хронічний цистит може мати схожі симптоми, але не супроводжується інфекцією.

- Пухлини сечового міхура: Хоча більшість пухлин сечового міхура не викликають запалення, вони можуть супроводжуватися болем та порушенням сечовипускання, тому важливо провести диференціацію.

- Захворювання, що передаються статевим шляхом: Інфекції, як гонорея чи хламідіоз, можуть викликати схожі симптоми.

Хронічний цистит та уретрит є серйозними захворюваннями, які можуть викликати хронічний тазовий біль і значно погіршити якість життя пацієнта. Правильна діагностика і лікування можуть значно полегшити симптоми і допомогти запобігти розвитку ускладнень.

Стриктур уретри — це патологічне звуження уретри, що може бути спричинене різноманітними факторами, зокрема інфекціями, травмами, хірургічними втручаннями або вродженими аномаліями. Ця патологія може стати однією з причин хронічного тазового болю, викликаючи біль під час сечовипускання, часті позиви до сечовипускання та інші дискомфортні

симптоми. Характерно, що стриктура уретри може мати різну локалізацію і ступінь тяжкості, що визначає клінічну картину захворювання.

Клінічні прояви стриктури уретри

Основні симптоми стриктури уретри часто залежать від її локалізації та ступеня звуження уретри:

- Біль під час сечовипускання: Один із головних симптомів стриктури уретри. Біль може бути постійним або виникати безпосередньо при сечовипусканні.

- Сечовий біль: Тривалий дискомфорт або біль у нижній частині живота, що може супроводжуватися відчуттям тиску або тяжкості в області тазу.

- Зниження потоку сечі: Пацієнти можуть відзначати ослаблення або переривчастість струменя сечі, що є результатом часткового або повного перекриття уретри.

- Полакіурія: Часті позиви до сечовипускання, навіть якщо сечовий міхур не переповнений.

- Нічний діурез: Часте сечовипускання вночі, яке також є характерним для стриктури уретри.

- Невеликий об'єм сечі при сечовипусканні: Через звуження уретри сечовий міхур може не повністю спорожнітися, що призводить до частих позивів до сечовипускання.

Патофізіологія болю при стриктурі уретри

Біль, пов'язаний із стриктурою уретри, може бути зумовлений наступними механізмами:

- Механічне здавлення уретри: Звуження уретри призводить до порушення нормального струму сечі, що створює додатковий тиск на стінки уретри, викликаючи біль.

- Ішемія тканин: У разі значного звуження уретри порушується кровопостачання, що може призвести до ішемії тканин та подальшого розвитку болю.

- Запальні процеси: Часто стриктура уретри супроводжується запаленням слизової оболонки уретри, що може посилювати больові відчуття.

- Переростання сечового міхура: Постійні труднощі з виведенням сечі призводять до розтягнення сечового міхура, що викликає біль у тазовій області.

Етіологія стриктури уретри

Стриктура уретри може виникнути внаслідок різних причин, серед яких:

- Інфекційні захворювання: Хронічні інфекції сечовивідних шляхів, зокрема хламідіоз або гонорея, можуть призвести до утворення рубцевої тканини в уретрі та звуження її просвіту.

- Травми: Механічні пошкодження уретри, зокрема при катетеризації, травмах під час пологів або після хірургічних втручань, можуть стати причиною стриктури.

- Хірургічні операції: Хірургічні втручання на органах сечової системи (наприклад, видалення каменів із сечового міхура) можуть призводити до розвитку стриктури уретри через утворення рубців.

- Запальні захворювання: Хронічні запалення, такі як хронічний цистит чи уретрит, можуть бути спричинені тривалими інфекціями, що викликають утворення рубців в уретрі.

- Вроджені аномалії: У рідкісних випадках стриктура може бути вродженою і виявлятися з самого дитинства.

Діагностика стриктури уретри

Для діагностики стриктури уретри використовуються такі методи:

1. Фізикальне обстеження: Лікар може виявити ознаки запалення або інші симптоми, що вказують на порушення сечовипускання.

2. Ультразвукове обстеження: За допомогою УЗД можна оцінити наявність змін у сечовому міхурі та сечовивідних шляхах.

3. Цистоскопія: Це метод, за допомогою якого лікар може безпосередньо оглянути стінки сечового міхура та уретри. Цистоскопія дозволяє точно визначити локалізацію та ступінь звуження уретри.

4. Урофлоуметрія: Цей тест дозволяє виміряти швидкість струменя сечі, що може бути корисно при виявленні обструкції уретри.

5. Рентгенологічні методи: Урографія та цистографія можуть використовуватися для оцінки анатомії сечових шляхів та визначення наявності звуження.

Диференційна діагностика

Стриктура уретри може мати схожі симптоми з іншими захворюваннями сечовивідних шляхів, тому важливо провести диференційну діагностику:

- Цистит та уретрит: Хронічні інфекції можуть викликати схожі симптоми, проте стриктура супроводжується більш вираженими порушеннями сечовипускання.

- Пухлини сечового міхура та уретри: Захворювання, що супроводжуються порушенням струменя сечі та більшими об'ємами сечі, можуть бути схожими на стриктуру уретри.

- Аномалії розвитку сечовивідних шляхів: Уроджені аномалії можуть також призводити до звуження уретри та порушень сечовипускання.

Стриктура уретри є важливою причиною хронічного тазового болю та порушення функції сечовивідних шляхів. Рання діагностика і відповідне лікування можуть значно покращити якість життя пацієнтів та запобігти розвитку серйозних ускладнень.

Міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР) — це патологічний стан, при якому сеча з сечового міхура потрапляє назад у сечоводи або навіть в нирки. Ця патологія може призводити до рецидивуючих інфекцій сечових шляхів, запальних процесів та хронічного тазового болю. Міхурово-сечовідний рефлюкс часто зустрічається в дитячому віці, але може також спостерігатися у дорослих, спричиняючи різноманітні симптоми, зокрема біль у нижній частині живота та тазу.

Клінічні прояви міхурово-сечовідного рефлюксу

Основні клінічні прояви міхурово-сечовідного рефлюксу можуть включати:

- Біль при сечовипусканні: Пацієнти можуть відчувати біль або дискомфорт під час сечовипускання, що є одним із основних симптомів цієї патології.

- Часті позиви до сечовипускання: У результаті порушення нормального потоку сечі в сечоводах виникає необхідність у частих позивах до сечовипускання, навіть якщо сечовий міхур не повністю заповнений.

- Полакіурія: Часті сечовипускання малими об'ємами — це характерний симптом МСР, який може супроводжуватися дискомфортом у нижній частині живота.

- Гематорія: В деяких випадках може спостерігатися наявність крові в сечі через пошкодження стінок сечоводів чи сечового міхура.

- Ночний діурез: Підвищення частоти сечовипускань вночі, що є також однією з ознак порушення функції сечовивідних шляхів.

- Хронічний тазовий біль: Систематичне зворотне забруднення сечоводів може призвести до хронічного болю в тазовій області, що може посилюватися після сечовипускання або в результаті запальних процесів.

Патофізіологія міхурово-сечовідного рефлюксу

Основними механізмами, що призводять до міхурово-сечовідного рефлюксу, є порушення нормальної анатомії та функції механізмів, що контролюють однонаправлений потік сечі в сечовому міхурі та сечоводах:

- Недостатність сечовідного клапана: У нормі сечовідний клапан перешкоджає поверненню сечі в сечоводи. При МСР цей механізм не працює належним чином, і сеча потрапляє назад у сечоводи.

- Зниження тону сечоводів: Порушення нормальної роботи сечоводів може призвести до того, що вони не здатні підтримувати потрібний тиск для того, щоб уникнути зворотного потоку сечі.

- Запальні процеси: При повторюваних інфекціях сечових шляхів виникає запалення, що сприяє погіршенню функції клапанів та нормальної анатомії сечовивідних шляхів.

- Аномалії розвитку сечовивідних шляхів: Вроджені аномалії можуть призводити до порушення нормальної анатомії сечоводів і сечового міхура, що викликає рефлюкс.

Етіологія міхурово-сечовідного рефлюксу

Основними причинами міхурово-сечовідного рефлюксу є:

- Вроджені аномалії розвитку: Дефекти у розвитку сечоводів, такі як відсутність нормальної сечовідної клапанної системи, є основною причиною МСР у дітей.

- Інфекційні захворювання: Повторювані інфекції сечових шляхів можуть призвести до зміни анатомії сечоводів і клапанів, що порушує нормальний відтік сечі.

- Травми та хірургічні втручання: Операції на сечовому міхурі або сечоводах можуть призвести до порушення їх нормальної функції, викликаючи рефлюкс.

- Запальні захворювання сечових шляхів: Хронічний цистит або інші запальні процеси можуть сприяти розвитку міхурово-сечовідного рефлюксу.

- Нейрогенні фактори: Порушення іннервації сечового міхура може призводити до недостатнього контролю за сечовипусканням і, відповідно, до розвитку рефлюксу.

Діагностика міхурово-сечовідного рефлюксу

Діагностика МСР зазвичай включає кілька етапів:

1. Фізикальне обстеження: Лікар може провести огляд і пальпацію нижньої частини живота, щоб оцінити наявність болю, а також перевірити функцію сечовипускання.

2. Ультразвукове обстеження: УЗД допомагає визначити анатомічні зміни в сечовому міхурі та сечоводах, а також виявити можливі запалення чи аномалії.

3. Цистоскопія: Використовується для огляду сечового міхура і сечоводів для оцінки їхньої анатомії та визначення наявності порушень.

4. Рентгенологічні методи: Для оцінки анатомії сечовивідних шляхів можуть використовуватися контрастні методи, такі як цистографія.

5. Мікробіологічне дослідження сечі: Аналіз на наявність інфекцій може допомогти у визначенні наявності хронічних інфекцій сечових шляхів.

Диференційна діагностика

Міхурово-сечовідний рефлюкс має схожі симптоми з іншими урологічними захворюваннями, тому важлива диференціація від:

- Хронічний цистит: Може супроводжуватися подібними симптомами, такими як часті позиви та біль при сечовипусканні, але рефлюкс зазвичай супроводжується більш вираженими порушеннями в структурі сечових шляхів.

- Уретрит: Запалення уретри може мати схожі симптоми, але МСР часто вимагає більш комплексного підходу до лікування та діагностики.

- Пухлини сечового міхура: Мають схожі клінічні прояви, але при рефлюксі є специфічні анатомічні зміни, які можуть бути виявлені за допомогою рентгенологічних методів.

Міхурово-сечовідний рефлюкс є важливим фактором, що може сприяти розвитку хронічного тазового болю та інфекцій сечовивідних шляхів, що вимагає своєчасної діагностики та лікування для запобігання ускладнень.

Дивертикул уретри чи сечового міхура — це локальне випинання стінки сечового міхура чи уретри, яке може виникати внаслідок слабкості або аномалій у структурі м'язових чи слизових тканин. Ці патології можуть бути вродженими або набутими, і часто вони супроводжуються болем, порушенням сечовипускання та ризиком розвитку інфекцій. Дивертикул може бути причиною хронічного тазового болю, а також може спричиняти інші урологічні симптоми, зокрема затримку сечі та болючі сечовипускання.

Клінічні прояви дивертикула уретри / сечового міхура

Дивертикул уретри чи сечового міхура може мати різноманітні клінічні прояви, залежно від розміру, локалізації та наявності ускладнень:

- Біль при сечовипусканні: Пацієнти можуть відчувати дискомфорт або різкий біль під час сечовипускання, зокрема в зоні нижньої частини живота.

- Часті позиви до сечовипускання: Проблеми із сечовипусканням можуть виникати через порушення нормальної функції сечового міхура або уретри, що призводить до частих позивів.

- Полакіурія: Збільшення частоти сечовипускань при малих об'ємах сечі може бути результатом порушення нормальної роботи сечового міхура.

- Затримка сечі: У разі великих дивертикулів сеча може затримуватися в дивертикулі, що спричиняє неповне спорожнення сечового міхура.

- Інфекції сечових шляхів: Дивертикул може слугувати місцем для накопичення сечі, що збільшує ймовірність розвитку інфекцій у сечовому міхурі чи уретрі.

- Гематурія: У деяких випадках може бути виявлена кров у сечі, що свідчить про травмування стінок дивертикула або інфекцію.

Патофізіологія

Дивертикул може виникнути внаслідок збільшеного тиску в сечовому міхурі або уретрі, який призводить до витончення та випинання стінки. Це може відбуватися через:

- Обструкція сечовивідних шляхів: У випадку порушення відтоку сечі, наприклад, при простатиті у чоловіків або при наявності каменів у сечовому міхурі, сеча затримується, що спричиняє високий тиск в сечовому міхурі і може призвести до утворення дивертикулів.

- Аномалії розвитку: Уроджені аномалії, які спричиняють слабкість стінок сечового міхура або уретри, можуть призвести до утворення дивертикула.

- Запальні процеси: Хронічні запалення в сечовому міхурі або уретрі (наприклад, хронічний цистит) можуть сприяти утворенню дивертикулів через пошкодження м'язової та слизової оболонок.

- Хірургічні втручання: Операції на сечових шляхах або ушкодження, отримані під час процедур, також можуть сприяти формуванню дивертикулів.

Етіологія

Основними причинами дивертикула уретри чи сечового міхура є:

- Хронічні запальні захворювання сечових шляхів: Повторювані цистити чи інші інфекції можуть пошкоджувати стінки сечового міхура, що збільшує ймовірність утворення дивертикулів.

- Обструкція сечових шляхів: Обструкція, викликана каменями, збільшеною простатою (у чоловіків) або іншими патологіями, може призводити до постійного підвищення тиску всередині сечового міхура.

- Вроджені аномалії розвитку: Уроджені дефекти, які призводять до порушення нормальної будови сечового міхура або уретри, можуть бути фактором ризику для розвитку дивертикула.

- Нейрогенний фактор: Порушення іннервації сечового міхура або уретри, яке спостерігається при певних неврологічних захворюваннях, може також сприяти формуванню дивертикула.

Діагностика дивертикула уретри / сечового міхура

Основні методи діагностики включають:

1. Фізикальне обстеження: Пальпація та перкусія живота можуть допомогти виявити болючість, напруження або збільшення сечового міхура.

2. Ультразвукове дослідження: За допомогою УЗД можна виявити аномалії в структурі сечового міхура, у тому числі наявність дивертикулів.

3. Цистоскопія: Візуалізація сечового міхура через цистоскоп дозволяє безпосередньо побачити дивертикули, їх розмір і місцезнаходження.

4. КТ або МРТ: Для точного визначення локалізації і розміру дивертикула використовуються рентгенологічні методи з контрастуванням або магнітно-резонансна томографія.

5. Мікробіологічні дослідження: Аналіз сечі на наявність бактерій, що може вказувати на інфекційні ускладнення, пов'язані з дивертикулом.

Диференційна діагностика

При діагностиці дивертикула уретри або сечового міхура важливо диференціювати цей стан від:

- Хронічного циститу: Відрізняється тим, що дивертикул може мати структуру, що дозволяє накопичувати сечу і слугувати резервуаром для бактерій.

- Пухлин сечового міхура: Тумори можуть мати подібні симптоми, але дивертикули мають характерні анатомічні особливості на рентгенологічних та ультразвукових зображеннях.

- Уретриту: Важливо враховувати, що уретрит може супроводжуватися схожими симптомами, але дивертикул зазвичай має більш виражену анатомічну зміну.

Дивертикул уретри чи сечового міхура є важливою причиною хронічного тазового болю і потребує ретельного діагностичного підходу для визначення оптимального плану лікування та попередження ускладнень.

Хронічне запалення парауретральних залоз (парауретрит) — це довготривалий запальний процес, який вражає залози, розташовані навколо уретри (у жінок — переважно залози Скіна). Це малопоширене, але недооцінене джерело хронічного тазового болю (ХТБ), особливо у жінок із неспецифічними урогенітальними симптомами. Через тісний зв'язок анатомічних структур тазового дна біль у таких випадках може мати рефлекторний або поширений характер, імітуючи інші захворювання сечостатевої чи навіть шлунково-кишкової систем.

Клінічні прояви

Симптоми хронічного парауретриту можуть бути неспецифічними і мати рецидивуючий або постійний характер. Найчастіші скарги включають:

- Постійний ниючий або колючий біль у зоні уретри чи передньої частини промежини, що може іррадіювати у піхву, лобок або внутрішню поверхню стегон.

- Печіння та дискомфорт під час сечовипускання, які не повністю зникають після курсу антимікробної терапії.

- Гіперестезія навколо зовнішнього отвору уретри, що погіршується при дотику або статевому контакті.

- Відчуття стороннього тіла або "вузлика" поблизу уретри, особливо при наявності кістозно змінених або склерозованих залоз.

- Рецидивуючі урогенітальні інфекції, незважаючи на відсутність позитивної бактеріології у загальному аналізі сечі.

Патофізіологія

Парауретральні залози можуть інфікуватися при висхідному поширенні збудників із нижніх сечових шляхів або внаслідок прямої травми (механічна компресія, статевий акт, інструментальні втручання). Хронічне запалення викликає фіброз, обструкцію протоків залоз, що веде до формування мікрокіст або рубцевих змін. Ці зміни підвищують локальну чутливість тканин, викликають активацію ноцицепторів, зменшують еластичність тканини уретральної зони і сприяють рефлекторному м'язовому спазму тазового дна.

Запальний процес у парауретральних залозах може бути як ізольованим, так і поєднаним з уретритом, хронічним циститом або вульводинією, що ускладнює клінічну картину та діагностику.

Етіологія

Серед найбільш частих причин хронічного парауретриту:

- Повторні або неліковані інфекції сечовивідних шляхів — найбільше значення мають кишкова паличка, ентерококи, протей, а також уреapлазми, мікоплазми та хламідії.

- Механічне подразнення — катетеризація, цистоскопія, агресивний статевий контакт або хронічне тертя білизною.

- Зміни гормонального фону — атрофія слизових оболонок уретри у постменопаузі може сприяти розвитку запалення.

- Фонові гінекологічні хвороби, включно з вульвовагінітами, дисбіозами, які сприяють транслокації патогенної мікрофлори.

Діагностика

Виявлення хронічного парауретриту потребує комплексного підходу, який включає:

1. Фізикальне обстеження — пальпація зони навколо уретри може виявити локальну болючість, ущільнення або набряк.
2. Уретроскопія — дає змогу візуалізувати зміни у вивідних протоках залоз, ознаки запалення або гіперплазії слизової.
3. УЗД промежини або МРТ малого таза — дозволяють побачити кістозні чи фіброзні зміни у тканинах біля уретри.
4. Цитологічні та бактеріологічні мазки з уретри / вивідних проток — можуть виявити запальні клітини або специфічну мікрофлору, не виявлену в загальному аналізі сечі.
5. Пробна антибактеріальна або протизапальна терапія — у деяких випадках клінічне полегшення після емпіричної терапії служить додатковим діагностичним критерієм.

Диференційна діагностика

Хронічне запалення парауретральних залоз слід диференціювати з наступними станами:

- Хронічний цистит або інтерстиціальний цистит — при парауретриті переважає локальний дискомфорт в ділянці уретри, а не в сечовому міхурі.
- Уретральні дивертикули або кісти — мають схожі симптоми, але чіткіше візуалізуються при МРТ або УЗД.
- Вульводія — больовий синдром може бути ідентичним, однак без явних змін у тканинах уретри.
- Гіперактивне тазове дно — м'язове напруження може імітувати біль при парауретриті, особливо при пальпації.

Хронічне запалення парауретральних залоз є значущим, хоч і нерідко недооціненим, чинником хронічного тазового болю. Його своєчасне виявлення дозволяє уникнути непотрібних втручань та забезпечує цілеспрямований підхід до ведення пацієнтів.

Хронічний простатит — це запалення передміхурової залози тривалого перебігу (понад 3 місяці), що характеризується різноманітними урогенітальними симптомами, включно з хронічним тазовим болем. Це одна з найпоширеніших урологічних проблем у чоловіків віком 20–50 років, яка часто негативно впливає на якість життя, статеву функцію та психоемоційний стан пацієнтів.

Клінічні прояви

Хронічний простатит може проявлятися різноманітно, і клінічна картина часто включає:

- Хронічний ниючий, пекучий або тиснучий біль у ділянці промежини, надлобковій зоні, крижах, яєчках, прямій кишці або внутрішній поверхні стегон;
- Біль під час або після еякуляції, який знижує статеву активність і спричиняє тривожність;
- Дизуричні симптоми — часте сечовипускання, імперативні позиви, слабкий струмінь сечі, відчуття неповного випорожнення міхура;
- Еректильна дисфункція, зниження лібідо, передчасна еякуляція;
- Психоемоційні порушення — тривожність, дратівливість, депресивні симптоми, інсомнія.

У багатьох випадках біль є основною або єдиною скаргою, що відповідає категорії «синдром хронічного тазового болю у чоловіків».

Класифікація (NIH)

Хронічний простатит за класифікацією Національного інституту здоров'я США (NIH) поділяється на:

- Категорія II — бактеріальний хронічний простатит (рідкісний, з позитивною культурою);
- Категорія III — *небактеріальний хронічний простатит / синдром хронічного тазового болю (найпоширеніший):*
 - IIIA — із запальними ознаками (лейкоцити в секреті простати або сечі);

- ІІВ — без запальних змін;
- Категорія ІV — безсимптомний запальний простатит (випадкова знахідка при біопсії чи аналізах).

Етіологія та патогенез

Механізми розвитку хронічного простатиту є мультифакторіальними та включають:

- Інфекційні агенти — бактеріальні (*E. coli*, *Enterococcus spp.*, *Klebsiella*, *Chlamydia*), вірусні або грибові чинники;
- Аутоімунні процеси — хронічна локальна імунна активація, що зберігається після елімінації збудника;
- Рефлюкс сечі в протоки простати — особливо у разі порушення дренажу;
- Порушення м'язового тону тазового дна, спазми, що підтримують біль;
- Психосоматичні чинники — хронічний стрес, тривожність, гіперчутливість до ноцицепції;
- Нейроендокринна дисрегуляція — порушення локальної нейромодуляції та центральної обробки болю.

Ці механізми формують порочне коло запалення, болю, м'язового спазму та емоційних порушень, що утримує симптоматику протягом тривалого часу.

Патофізіологія больового синдрому

Біль при хронічному простатиті зумовлений:

- Запаленням та набряком тканини простати, що здавлює нервові закінчення;
- Спазмом м'язів тазового дна, особливо *m. levator ani*, *m. bulbospongiosus*, *m. pubococcygeus*;
- Іррадіацією болю через тазові нервові сплетення (*plexus pelvici*);
- Центральною сенситизацією, коли мозок продовжує «відчувати» біль навіть після зникнення причинного фактору;

- Активацією імунних клітин, нейропептидів та простагландинів, що підтримують ноцицептивну активність.

Діагностика

Комплексне обстеження включає:

1. Анамнез та оцінка симптомів:

- Використання NIH-CPSI (індекс симптомів простатиту) для кількісної оцінки болю, дизурії та якості життя.

2. Фізикальне обстеження:

- Пальпація простати через пряму кишку: чутливість, набряк, ущільнення.

- Оцінка тону м'язів тазового дна (manually або через електроміографію).

3. Лабораторна діагностика:

- Аналіз сечі (1-стаканна, 2-стаканна або 4-стаканна проба Meares-Stamey);

- Аналіз секрету простати (лейкоцити, бакпосів);

- Виявлення збудників (ПЛР, культуральні методи).

4. Інструментальні методи:

- Трансректальне УЗД простати — для оцінки структури, об'єму, наявності кіст або кальцинатів;

- Урофлоуметрія — для визначення порушень уродинаміки;

- УЗД сечового міхура (об'єм залишкової сечі).

Диференційна діагностика

Хронічний простатит слід диференціювати з такими станами:

- Інтерстиціальний цистит / синдром болю сечового міхура;

- Уретрит;

- Пухлини простати або сечового міхура;

- Невропатії тазових нервів (наприклад, pudendal neuralgia);

- Органічні захворювання прямої кишки;

- Гіперактивне тазове дно без запалення.

Хронічний простатит є частою урологічною причиною хронічного тазового болю у чоловіків. Його розпізнавання вимагає міждисциплінарного підходу з урахуванням як органічних, так і функціональних чинників у патогенезі болю.

Кісти простати — це патологічні утворення, заповнені рідиною, що виникають у паренхімі передміхурової залози або в зоні її протоків. Хоча більшість із них є випадковими знахідками та не мають клінічного значення, певні типи кіст можуть стати джерелом хронічного тазового болю, особливо при значних розмірах, локалізації поблизу уретри або запаленні.

Класифікація

Кісти простати поділяються за походженням та локалізацією на:

- Ретенційні (набуті) — через обструкцію вивідних протоків залози;
- Вроджені (мюллерові або Вольфові кісти) — залишки ембріональних структур;
- Кісти серединної лінії — парауретральні, мюллерові, простатичні;
- Запальні кісти — після хронічного простатиту;
- Паразитарні кісти — надзвичайно рідкісні (наприклад, ехінокок);
- Посттравматичні або післяопераційні кісти.

Клінічні прояви

Клінічна симптоматика зумовлена розміром кісти, її впливом на навколишні структури та наявністю супутнього запалення. До можливих проявів відносяться:

- Хронічний тупий або пульсуючий біль у ділянці промежини, надлобковій зоні, прямій кишці, іноді — в крижах;
- Відчуття тиску або стороннього тіла в аноректальній або уретральній зоні;
- Дизурія — утруднене або болісне сечовипускання при здавленні уретри;
- Полакіурія, імперативні позиви до сечовипускання;
- Біль при еякуляції;

- Гемоспермія — при прориві кісти у вивідні протоки;
- Епізоди гострого запалення — при нагноєнні кісти.

Етіологія та патогенез

Основні механізми утворення простатичних кіст включають:

- Обструкція протоків ацинусів внаслідок хронічного запалення або гіперплазії — накопичення секрету з формуванням кісти;
- Вроджені аномалії розвитку ембріональних структур — мюллерові або Вольфові залишки;
- Розрив залозистих ходів, який супроводжується локальною рецидивуючою ексудацією;
- Інфікування — особливо у пацієнтів з хронічним простатитом або після маніпуляцій на простаті;
- Нейрогенна та гормональна дисфункція, що порушує евакуацію секрету.

Патофізіологія больового синдрому

Біль при кістах простати виникає внаслідок:

- Розтягнення капсули передміхурової залози через внутрішній тиск;
- Компресії сусідніх структур — уретри, прямої кишки, тазових нервів;
- Запальної реакції навколо кісти;
- Інфікування та абсцедування кісти;
- Вторинного м'язового спазму тазового дна у відповідь на подразнення;
- Порушення мікроциркуляції в зоні ущільнення тканин.

Діагностика

Оцінка пацієнта з підозрою на кісту простати передбачає:

1. Клінічне обстеження:

- Пальпація простати через пряму кишку — асиметрія, локальна чутливість, наявність флюктуації.

2. Інструментальні методи:

- Трансректальне ультразвукове дослідження (ТРУЗД) — основний метод виявлення та оцінки розмірів, локалізації, структури кісти;

- МРТ простати — при сумнівних випадках, дозволяє диференціювати з пухлинами або абсцесами;

- УЗД сечового міхура — оцінка залишкової сечі та компресії міхура;
- Урофлоуметрія — діагностика обструктивних змін.

3. Лабораторна діагностика:

- Аналіз секрету простати — при супутньому простатиті;
- ПСА — для виключення онкопатології.

Диференційна діагностика

Необхідно виключити такі стани:

- Простатичні абсцеси;
- Гіперплазія простати;
- Рак простати (особливо при атипичних кістах у пацієнтів >50 років);
- Пухлини або дивертикули сечового міхура;
- Уретероцеле, якщо кіста близько до шийки міхура;
- Кісти сім'яних пухирців або куперових залоз.

Кісти простати, хоча й не завжди мають клінічне значення, можуть бути джерелом хронічного тазового болю, особливо при ускладненому перебігу. Своєчасна діагностика та розмежування з іншими урогенітальними станами мають вирішальне значення для правильного ведення пацієнта.

Уретероцеле — це кістоподібне випинання дистального відділу сечоводу у просвіт сечового міхура внаслідок вродженої або набутої аномалії формування його устя. Хоча частіше виявляється у дітей, у дорослих уретероцеле може протікати безсимптомно або проявлятися хронічним тазовим болем, особливо при значних розмірах чи вторинному інфікуванні.

Класифікація

Уретероцеле поділяють за кількома критеріями:

- *За етіологією:*
- Вроджене (найчастіше асоційоване з подвоєнням сечоводу);

- Набуте (через стриктуру дистального сечоводу або післяопераційні зміни).

- *За локалізацією:*

- Внутрішньоміхурове — повністю розташоване в межах сечового міхура;

- Ектопічне — виходить за межі міхура, іноді до уретри або шийки міхура.

- *За супутніми змінами:*

- Із залученням одного або обох сечоводів;

- Із наявністю рефлюксу або обструкції верхніх сечових шляхів.

Клінічні прояви

Прояви уретероцеле можуть бути неспецифічними, змінюватись залежно від його розмірів, ускладнень та ступеня обструкції:

- Хронічний тупий або тиснучий біль у ділянці таза, іноді з іррадіацією в поперек або пах;

- Дискомфорт у надлобковій зоні;

- Періодичне порушення сечовипускання — часті позиви, неповне випорожнення;

- Інтермітуюча дизурія — біль при сечовипусканні, особливо при вторинній інфекції;

- Гематурія — мікро- або макрогематурія при подразненні слизової міхура;

- Епізоди інфекції сечових шляхів, які можуть переходити в хронічний перебіг;

- Відчуття стороннього тіла в уретрі або промежині (при ектопічному уретероцеле).

Етіологія та патогенез

Порушення розвитку дистального сечоводу чи механічна обструкція його устя призводить до:

- Клапаноподібного порушення відтоку сечі;

- Розтягнення стінки сечоводу з формуванням кістоподібної порожнини;

- Здавлення шийки міхура або уретри (при великих розмірах);

- Застій сечі, що сприяє інфекції;
- Підвищеного тиску в нирках, можливого розвитку гідронефрозу;
- Розвитку рефлюкс-нефропатії у хронічному перебігу.

Патофізіологія больового синдрому

Механізми виникнення хронічного тазового болю включають:

- Розтягнення стінок сечового міхура або сечоводу через затримку сечі;
- Компресія навколишніх структур (шийка міхура, уретра, тазове дно);
- Інфікування уретероцеле, що викликає локальну запальну реакцію;
- Іритативний вплив на рецептори слизової міхура;
- Хронічне подразнення тазових нервів;
- Секундарні міофасціальні дисфункції тазового дна через хронічний біль

або дискомфорт.

Діагностика

Обстеження пацієнтів з підозрою на уретероцеле передбачає:

1. Фізикальне обстеження:

- можливе виявлення болючості в надлобковій зоні, симптом напруження при пальпації.

2. Інструментальні методи:

- УЗД органів сечовидільної системи — візуалізація утворення у міхурі, гідронефроз;
- Цистоскопія — дозволяє безпосередньо побачити уретероцеле;
- Екскреторна урографія / КТ-урографія — виявлення обструкції, двобічного процесу, деформації верхніх шляхів;
- МРТ малого таза — допоміжний метод при підозрі на атипову локалізацію.

3. Лабораторні методи:

- Загальний аналіз сечі — можливі лейкоцитурія, гематурія;
- Посів сечі — при підозрі на інфекцію;
- Креатинін сироватки — оцінка функції нирок.

Диференційна діагностика

Потрібно виключити:

- Цистоцеле;
- Дивертикул сечового міхура;
- Кісти уретри;
- Пухлини шийки сечового міхура або уретри;
- Уретральні клапани або стриктури;
- Простатичні кісти.

Уретероцеле є відносно рідкісною, але потенційно важливою причиною хронічного тазового болю, особливо при великих розмірах або приєднанні вторинних ускладнень. Своєчасна діагностика дозволяє уникнути прогресування обструктивної нефропатії та хронічної інфекції.

3.3. Симптоми порушення сечовипускання у жінок і чоловіків як прояв тазового болю

Порушення сечовипускання у контексті хронічного тазового болю (ХТБ) є надзвичайно поширеними проявами у клінічній практиці, що зачіпають як жінок, так і чоловіків. Вони можуть мати широкий спектр проявів — від ургентних позивів до затримки сечі, часто супроводжуючись больовим синдромом різної локалізації. Ці симптоми здебільшого не є ізольованими, а інтегруються у загальний патофізіологічний контекст ХТБ, будучи або безпосереднім проявом первинної урологічної патології, або вторинним результатом змін у роботі нервово-м'язових структур тазового дна та центральних механізмах больової модуляції.

У жінок типовими проявами є часте сечовипускання малими порціями, ургентні позиви, ніктурія, диспурія, а також поєднаний дискомфорт у зоні промежини або нижньої частини живота. Іноді пацієнтки відзначають гіперчутливість або біль у зоні зовнішнього отвору уретри, вестибулярній ділянці, що посилюється під час сечовипускання або при механічному подразненні. У чоловіків — на перший план виходить суб'єктивне відчуття неповного випорожнення сечового міхура, ослаблення струменя сечі, постміктурійний дискомфорт, а також відчуття тяжкості або болю в зоні тазового дна, промежини або в ділянці уретри.

Урологічні симптоми часто супроводжують функціональні розлади, які не завжди мають під собою морфологічну основу. Натомість в основі клінічної картини можуть лежати нейрогенні розлади регуляції міхурово-сечовипускального рефлексу, зокрема внаслідок підвищеної збудливості синаптичної передачі в сакральних сегментах спинного мозку. Відомо, що сенситизація ноцицептивної системи, характерна для пацієнтів із тривалим болем, впливає на механізми контролю сечовипускання. Це створює умови для формування симптомів гіперактивного сечового міхура або, навпаки, дискоординації скорочення м'язів-антагоністів у процесі міктурії.

Окремо варто виділити синдром інтерстиціального циститу/синдрому болювого сечового міхура, при якому типовим є поєднання постійного тазового болю з ургентністю та підвищеною частотою сечовипускання без наявної інфекції чи інших органічних змін. Аналогічно, у чоловіків такі симптоми часто зустрічаються при синдромі хронічного простатиту/хронічного тазового болю, що поєднується з дизуричними розладами.

Особливу увагу слід приділяти симптомам, які вказують на міофасціальний компонент у генезі порушень сечовипускання. Зокрема, у пацієнтів з гіперактивним тазовим дном часто спостерігається затруднене розслаблення м'язів, що призводить до порушення акту міктуриї, зокрема затримки сечі, ургентного нетримання або мікційному дискомфорту. Також може мати місце так звана функціональна обструкція внаслідок недостатньої релаксації м'язів під час сечовипускання.

У діагностичному процесі важливо встановити зв'язок між скаргами пацієнта та супутніми соматичними або психоемоційними чинниками. Часто виявляється, що порушення сечовипускання асоціюються з тривожними або депресивними розладами, порушенням сну, хронічною втомою. Це свідчить про необхідність міждисциплінарного підходу до пацієнтів з ХТБ, особливо у випадках, коли традиційні урологічні обстеження не виявляють суттєвих патологічних змін.

Фізикальне обстеження має включати пальпацію м'язів тазового дна через піхву або пряму кишку, перевірку болючості м'язів-леваторів, оцінку тону та здатності до розслаблення. Це дозволяє виявити характерні м'язово-фасціальні точки тригерного подразнення, що корелюють із симптомами порушення сечовипускання. Інструментальні методи діагностики, зокрема уродинамічне обстеження, мають обмежену інформативність при функціональному генезі симптомів, однак можуть бути корисними для виключення нейрогенних або обструктивних порушень.

Для кількісної оцінки симптомів застосовують стандартизовані шкали й опитувальники, зокрема IPSS (International Prostate Symptom Score), OABSS

(Overactive Bladder Symptom Score), UDI-6 (Urogenital Distress Inventory), PUF (Pelvic Pain and Urgency/Frequency Questionnaire), NIH-CPSI (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index). Їх використання дозволяє об'єктивізувати вираженість симптомів у динаміці, а також моніторувати ефективність застосування немедикаментозних втручань.

Клінічні прояви можуть бути варіативними та не завжди відповідати класичним уявленням про урологічну патологію. Пацієнт може звертатися зі скаргами на різучі або тиснучі відчуття у зоні над лоном, відчуття тиску на сечовий міхур без потреби в сечовипусканні або після нього. У деяких випадках відзначається посилення болю при наповненому сечовому міхурі або під час мікції, що свідчить про залучення ноцицептивної аферентації з боку уротелію або глибших структур міхура.

У контексті ХТБ симптоми з боку сечовивідної системи не слід розглядати ізольовано від загальної клінічної картини. Їхнє значення вимагає комплексної інтерпретації з урахуванням супутніх гінекологічних, гастроентерологічних, ортопедичних і психологічних чинників. Такий підхід дозволяє не лише виключити органічні ураження, але й виявити ті функціональні розлади, що формують основну патогенетичну ланку больового синдрому.

Таким чином, симптоми порушення сечовипускання в контексті ХТБ є складною, багатофакторною проблемою, що потребує глибокого клінічного аналізу, функціонального обстеження тазового дна, міждисциплінарної взаємодії і ретельного відбору пацієнтів для подальшої терапії. Їх присутність у структурі ХТБ вимагає критичного підходу до діагностики, аби уникнути необґрунтованого медикаментозного або хірургічного втручання та забезпечити ефективне відновлення як уродинамічної, так і загальної функції тазових органів.

3.4. Роль гормональних, анатомічних і психосоціальних чинників у формуванні гендерно-специфічного болю

Гендерно-специфічний підхід до хронічного тазового болю (ХТБ) ґрунтується на визнанні відмінностей між жінками та чоловіками у будові тазових структур, гормональній регуляції та особливостях психоемоційного реагування. Ці чинники впливають не лише на клінічну картину, а й на перебіг, сприйняття та лікувальну відповідь у пацієнтів з ХТБ.

Гормональні впливи відіграють ключову роль у формуванні тазового болю. У жінок циклічні коливання рівнів естрогенів і прогестерону зумовлюють зміну больового порогу, чутливості рецепторів, васкуляризації тазових органів. Підвищена чутливість у лютеїнову фазу менструального циклу корелює з посиленням болю, зокрема при ендометріозі, аденоміозі чи синдромі тазової конгестії. Менопауза асоціюється зі зменшенням естрогенної підтримки слизових оболонок, зниженням м'язового тону та сухістю, що може сприяти виникненню дискомфорту або болю при сечовипусканні чи статевому контакті. У чоловіків гормональний дисбаланс (зокрема, зниження рівня тестостерону) також може асоціюватися з розвитком тазового болю через вплив на м'язовий тонус, лібідо та емоційний стан.

Анатомічні відмінності між статями мають важливе клінічне значення. У жінок наявність матки, яєчників і специфічна будова тазового дна зумовлюють більшу схильність до опущень, післяпологових травм, діастазу м'язів тазової діафрагми. Ці фактори сприяють порушенню стабілізації органів малого таза та виникненню болю. У чоловіків ключове значення мають особливості будови простати, взаємодії її із сечовим міхуром та уретрою, а також висока щільність іннервації промежини. Це пояснює домінування таких симптомів, як біль у ділянці простати, яєчок, крижів, що характерні для синдрому хронічного простатиту/тазового болю (CP/CPPS).

Психосоціальні чинники є фундаментальним компонентом у патогенезі ХТБ. У жінок частіше виявляють зв'язок між болем і перенесеними

психоемоційними травмами (наси́льство, знеці́нення, дитячі психологічні травми), що сприяє формуванню хронічного больового стану з центральною сенситизацією. Вони також більш схильні до розвитку тривожних і депресивних розладів на тлі ХТБ, що посилює сприйняття болю і утруднює лікування. У чоловіків вищий рівень стигматизації, пов'язаної з вираженням болю та зверненням по медичну допомогу, призводить до недооцінки проблеми, запізненого звернення, приховування симптомів. Соціальні очікування щодо маскулі́нності можуть формувати хибні копі́нг-стратегії (ігнорування, надмірна фізична активність, уникнення психологічної підтримки), що ускладнює перебіг ХТБ.

Спри́йняття болю також має статеві відмінності. Жінки зазвичай демонструють вищу чутливість до вісцерального болю, більшу тривалість симптомів та різноманітніші скарги, включаючи суміжні домени (розлади сну, сексуальну дисфункцію, порушення настрою). Чоловіки частіше локалізують біль у чітко визначених анатомічних структурах (промежина, уретра), а також схильні пов'язувати симптоматику з фізичною активністю або сексуальними дисфункціями.

Врахування гендерно-специфічних чинників у клінічній практиці дозволяє індивідуалізувати підходи до діагностики та лікування. Наприклад, гормональна терапія (локальна або системна) може мати терапевтичне значення у жінок з атрофічними змінами слизової, тоді як чоловіки з низьким рівнем тестостерону можуть потребувати ендокринної корекції. Психотерапія з урахуванням статевих відмінностей у переживанні болю має бути інтегрованою складовою лікування. У деяких випадках доцільним є залучення фахівців з сексології, ендокринології, фізичної терапії з гендерно-орієнтованим підходом.

Таким чином, гендерно-специфічний підхід до аналізу й лікування ХТБ не є лише формальністю, а необхідною передумовою ефективної клінічної практики. Застосування такого підходу дозволяє покращити якість життя пацієнтів, підвищити ефективність втручань та забезпечити багатовимірне розуміння патогенезу тазового болю.

РОЗДІЛ 4. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

4.1. Вплив тривалого болю на психоемоційний стан пацієнта

Тривалий біль є одним з найбільш деструктивних чинників для психоемоційного стану пацієнта. Хронічний тазовий біль (ХТБ) має значний вплив не лише на фізичний стан людини, але й на її емоційне та психологічне здоров'я. Це може призвести до розвитку депресії, тривожних розладів, а також серйозно погіршити соціальну взаємодію та здатність пацієнта вести нормальний спосіб життя. Оскільки біль є надзвичайно індивідуальним і багатоаспектним досвідом, його вплив на психоемоційний стан варіюється залежно від різних чинників, таких як інтенсивність болю, його тривалість, наявність супутніх захворювань і психосоціальних умов.

Психологічні ефекти хронічного болю

Одним із основних наслідків тривалого болю є розвиток тривожних та депресивних розладів. Пацієнти, які страждають від хронічного тазового болю, часто виявляють підвищений рівень тривожності через невизначеність щодо причин болю та його перспективи. Страх перед подальшими болісними відчуттями або перед тим, що біль може стати ще сильнішим або постійним, посилює переживання стресу. Крім того, відсутність чіткої діагностики або ефективного лікування збільшує відчуття безпорадності, що в свою чергу сприяє розвитку депресивних симптомів.

Депресія є ще одним поширеним психічним наслідком хронічного болю. Біль, який не піддається зменшенню, може створити враження, що людина безсила і не має контролю над своїм тілом. Це створює почуття безнадійності і знижує здатність до позитивного мислення та оптимізму щодо майбутнього. Пацієнти можуть відчувати, що їхнє життя перетворюється на нескінченну боротьбу з болем, що обмежує їхнє соціальне функціонування, знижує рівень задоволення від життя і сприяє розвитку стресу.

Соматизація болю є ще одним психологічним аспектом хронічного болю. Пацієнти з тривалим болем можуть інтерпретувати звичайні фізіологічні сигнали як патологічні, що сприяє посиленню емоційного стресу. Вони можуть переконувати себе, що біль є показником серйозної хвороби, навіть якщо медичне обстеження не виявляє конкретних змін. Це може вести до розвитку нав'язливих думок і непотрібної тривоги, що тільки погіршує їхній емоційний стан.

Соціальна ізоляція та соціальні стресори

Хронічний біль значно впливає на соціальну адаптацію пацієнта. Тривалі болі можуть обмежувати здатність людини виконувати повсякденні завдання, такі як робота, догляд за домом або участь у сімейних справах. В результаті пацієнти часто відчують себе соціально ізольованими. Вони можуть уникати участі в соціальних заходах або обмежувати свої зв'язки з родичами та друзями. Це пов'язано не лише з фізичними обмеженнями через біль, але й із психоемоційними чинниками, такими як сором або небажання зізнаватися у своїх фізичних труднощах.

Соціальна ізоляція, у свою чергу, посилює депресивні симптоми та тривожність. Пацієнти можуть відчувати себе непотрібними, неповноцінними, що ще більше посилює відчуття самотності. Це створює порочне коло, в якому ізоляція веде до погіршення психічного стану, що у свою чергу ще більше обмежує соціальні контакти.

Вплив на інтимні стосунки

Хронічний біль може серйозно вплинути на інтимні стосунки пацієнта. У жінок та чоловіків, які страждають від хронічного тазового болю, болісні відчуття під час статевого акту можуть призвести до зниження сексуального потягу або страху перед сексуальними контактами. Цей аспект має особливу важливість, оскільки сексуальне здоров'я є важливою складовою емоційного благополуччя людини.

Біль, що супроводжує статеві акти, може призвести до уникання сексуальних відносин і викликати почуття сорому та неповноцінності. Це

створює додатковий психологічний тиск і може стати причиною розриву стосунків, а також зниження якості життя в цілому. Окрім того, пацієнти можуть відчувати страх перед посиленням болю під час інтимних контактів, що сприяє ще більшій емоційній ізоляції.

Взаємозв'язок між болем та психологічними порушеннями

На фізіологічному рівні хронічний біль викликає зміни в нейропередачі та хімії мозку, що може погіршити психічний стан пацієнта. Наприклад, нейротрансмітери, такі як серотонін і норадреналін, можуть бути порушені через постійний біль, що призводить до депресії та тривожності. Це в свою чергу посилює сприйняття болю, оскільки біль і психологічні порушення взаємно підсилюють один одного.

Центральна сенситизація — це процес, при якому мозок стає надмірно чутливим до больових сигналів. Це явище характерне для пацієнтів з хронічним болем і може призвести до того, що навіть слабкі стимули сприймаються як інтенсивний біль. У результаті пацієнти можуть відчувати біль в ситуаціях, коли інші люди не відчують ніякого дискомфорту, що додатково посилює їхню психологічну тривогу і стрес.

Психосоціальні чинники, такі як стрес, емоційні травми чи порушення в родинних відносинах, також можуть посилювати сприйняття болю. У деяких випадках, стрес або негативні емоції можуть стати спусковим механізмом для загострення болю або розвитку нових симптомів. Пацієнти з високим рівнем стресу частіше повідомляють про загострення болю, що ще більше посилює психоемоційний дискомфорт.

Психосоціальні моделі болю

Тривалий біль може призвести до формування певних психосоціальних моделей болю, де пацієнт починає сприймати себе як людину, яка завжди буде в болі, і не здатна контролювати своє тіло. Це призводить до розвитку психологічної залежності від болю, що ще більше підвищує рівень тривоги і депресії. Пацієнт може відчувати, що немає надії на полегшення, що погіршує

емоційний стан і створює зворотний цикл, в якому біль і психологічний стрес тільки підсилюють один одного.

Психосоціальна модель болю також включає соціальну ізоляцію, що часто спостерігається у пацієнтів з хронічним болем. Вони можуть відчувати, що інші не розуміють їхнього стану, або ж що вони є тягарем для своїх близьких. Це відчуття маргіналізації може призвести до погіршення психічного стану, посилення депресії та тривожності.

Таким чином, хронічний тазовий біль має глибокий вплив на психоемоційний стан пацієнта, взаємодіючи з психічними порушеннями, соціальною адаптацією та інтимними стосунками. Важливо, щоб лікування хронічного болю включало не лише медичний підхід, а й психологічну підтримку та соціальну допомогу.

4.2. Психопатологічні порушення у структурі ХТБ: тривога, депресія, соматоформні розлади

Хронічний тазовий біль (ХТБ) є складним медичним станом, який включає не лише фізичні симптоми, але й глибокий психопатологічний аспект. Психологічні порушення, такі як тривога, депресія і соматоформні розлади, займають важливе місце у структурі ХТБ, погіршуючи якість життя пацієнтів та ускладнюючи діагностику та лікування цього стану. Це взаємодія фізичних і психічних чинників, що змінює характер сприйняття болю, його інтенсивність та вплив на емоційний і соціальний стан хворих.

Тривога як складова психопатологічного спектра ХТБ

Тривога є одним з найбільш поширених психопатологічних розладів серед пацієнтів з ХТБ. Пацієнти з хронічним болем часто відчують підвищену тривожність, що може мати різноманітні прояви, від загального занепокоєння до панічних атак або obsесивно-компульсивних розладів. Це пов'язано з невизначеністю щодо причин болю, його прогнозу та можливості отримання полегшення.

Хронічний біль є постійним джерелом стресу для пацієнта, що викликає реакцію тривоги. Тривожність посилюється через те, що біль часто не піддається лікуванню, і пацієнти можуть відчувати безпорадність. Це породжує страх перед майбутнім, що в свою чергу може посилювати сприйняття болю. Часто пацієнти стають настороженими навіть щодо дрібних фізичних відчуттів, інтерпретуючи їх як передвісники нового болю або загострення наявного болю.

Особливо сильну тривогу викликають у жінок симптоми, пов'язані з сечовим міхуром, статевою функцією або репродуктивним здоров'ям, оскільки біль у цих ділянках часто асоціюється з неприємними, іноді стигматизованими ситуаціями. Тривога може стати хронічною, і в результаті пацієнти з ХТБ можуть розвивати постійну напругу, не здатну до розслаблення.

Психофізіологічні механізми тривоги мають взаємозв'язок з больовими сигналами. Наприклад, хронічна тривога може спричиняти нейрохімічні зміни,

які підвищують чутливість до болю. Це процес, відомий як центральна сенситизація, коли нервова система надмірно реагує на звичайні фізіологічні сигнали, що посилює болісні відчуття. Психологічна тривога створює порочне коло, при якому біль викликає тривогу, а тривога підсилює сприйняття болю.

Депресія та її роль у структурі ХТБ

Депресія є другим за поширеністю психічним порушенням серед пацієнтів з ХТБ і, як правило, має взаємозв'язок з тривогою. Хронічний біль є постійним джерелом стресу, що може призвести до депресивних симптомів, таких як почуття безнадійності, втрата інтересу до діяльності, зниження енергії, порушення сну і апетиту. Пацієнти з депресією мають схильність інтерпретувати своє болісне становище як доказ власної неповноцінності або безпорадності.

Депресія може посилювати фізіологічний біль через зміни в нервовій регуляції болю. Депресивні пацієнти часто переживають біль з більшою інтенсивністю, оскільки їхня центральна нервова система стає більш чутливою до стресових факторів. Крім того, депресія може змінювати сприйняття болю, змушуючи пацієнта відчувати біль як більш виражений і тривалий, навіть якщо об'єктивно біль не має такого виразу.

Депресія також знижує здатність пацієнта долати стрес і реагувати на болісні відчуття. Пацієнти можуть відчувати себе безсилими, що веде до відмови від спроб полегшити біль або отримати допомогу. Це, у свою чергу, сприяє хронізації болю і збільшує періоди психоемоційного стресу.

Існує значний взаємозв'язок між депресією і порушеннями сну, які також характерні для пацієнтів з ХТБ. Біль, що не дає змоги нормально спати, може стати фактором, що погіршує депресивні симптоми. Дефіцит сну збільшує чутливість до болю і призводить до погіршення психічного здоров'я.

Соматоформні розлади в структурі ХТБ

Соматоформні розлади, або розлади, при яких фізичні симптоми не можуть бути пояснені медичними причинами, є ще одним важливим аспектом психопатології, пов'язаної з ХТБ. Пацієнти з такими розладами можуть

повідомляти про болі в різних частинах тіла, але при цьому медичні обстеження не виявляють органічних причин для цих симптомів. Хронічний тазовий біль часто супроводжується такими соматичними симптомами, що дозволяє припустити наявність соматоформних розладів.

Один з аспектів соматоформних розладів — це постійна концентрація уваги на своєму фізичному стані, зокрема на болях. Пацієнти можуть переконувати себе, що біль є симптомом серйозної хвороби, незважаючи на відсутність об'єктивних медичних доказів. Це може призводити до розвитку катастрофізації, коли пацієнт передбачає найгірший сценарій і не здатен знайти полегшення, навіть коли медичні тести не виявляють патологій.

Соматоформні симптоми можуть включати різноманітні порушення, такі як непояснені болі в животі, нижній частині спини, в тазовій області або навіть симптоми, які можуть імітувати інфекційні захворювання. Пацієнти часто намагаються самостійно лікувати ці симптоми, звертаючись до численних лікарів та проходячи безліч обстежень, але без результату. Такий хід подій може призвести до посилення почуття безнадійності та тривожності.

Важливою частиною терапії для таких пацієнтів є визнання психосоматичної природи болю і розуміння, що біль має як фізіологічні, так і психологічні корені. Терапія, яка поєднує фізичне лікування з психологічною підтримкою, допомагає пацієнту зрозуміти, що біль може бути посилений емоційними та психічними чинниками. Це дозволяє зменшити соматизацію болю та знизити рівень тривоги.

Взаємозв'язок між психопатологією і хронічним болем

Тривалий біль і психопатологічні порушення мають складну взаємодію, що ускладнює діагностику і лікування пацієнтів з ХТБ. Психічні розлади можуть збільшити інтенсивність болю, а сам біль може посилювати психопатологічні симптоми. Наприклад, депресія може погіршити здатність людини справлятися з болем, що призводить до ще більшого зниження функціональних можливостей і збільшення рівня болю. Психосоціальні

чинники, такі як стрес, соціальна ізоляція та проблеми в інтимних відносинах, також можуть погіршити хронічний біль.

Тому лікування ХТБ повинно включати не лише медичний підхід до управління болем, але й комплексну психологічну підтримку, яка допоможе пацієнту впоратися з депресією, тривогою та соматоформними розладами. Важливо, щоб пацієнти отримували допомогу від фахівців, які мають досвід роботи з психосоматичними захворюваннями, зокрема психологів і психотерапевтів, щоб досягти повноцінного зниження болю та покращення психоемоційного стану.

4.3. Взаємозв'язок хронічного болю і когнітивно-поведінкових реакцій

Хронічний біль є складним явищем, яке не лише має фізіологічне підґрунтя, але й глибоко взаємодіє з психічними процесами, такими як когнітивні і поведінкові реакції. Системи сприйняття болю, емоційної регуляції та адаптації до стресу взаємопов'язані, що значно впливає на перебіг хронічного болю, його інтенсивність та вплив на пацієнта. У цьому контексті важливим є розуміння когнітивно-поведінкових реакцій пацієнтів, які можуть посилювати або, навпаки, полегшувати відчуття болю.

Когнітивні механізми болю

Когнітивні механізми болю охоплюють способи, якими люди сприймають, оцінюють і інтерпретують біль. Від того, як пацієнт ставиться до свого болю, залежить не лише його психологічний стан, а й фізичні відчуття. Це включає процеси сприйняття болю, його когнітивну інтерпретацію та визначення того, як цей біль впливає на загальний стан здоров'я та життя.

Першим важливим аспектом є катастрофізація болю — це когнітивне перекручування, за якого пацієнт має схильність передбачати найгірші наслідки свого болю, навіть у випадку, коли він не є критичним. Люди, які мають високий рівень катастрофізації, зазвичай вірять, що біль буде постійним або навіть зростатиме з часом, що значно підвищує їхній рівень стресу. Така спотворена інтерпретація болю може посилити хронічний стан, збільшуючи вірогідність розвитку депресії та тривожних розладів.

Крім того, перенапруження уваги на болі також є когнітивною реакцією, що може посилити відчуття болю. Коли пацієнт постійно фокусується на болі, намагаючись оцінити його інтенсивність або знаходить додаткові симптоми, це веде до зростання його фізіологічного сприйняття. Це підтверджується численними дослідженнями, які демонструють, що увага може модулювати відчуття болю, посилюючи або знижуючи його інтенсивність в залежності від того, наскільки сильно пацієнт фокусується на своїх відчуттях.

Інтерпретація болю також може значно варіюватися від людини до людини. Люди, які сприймають біль як загрозу для свого здоров'я, часто більш схильні до тривоги та депресії. Вони можуть бути схильні шукати медичну допомогу або ж переживати стрес через можливу нездатність досягти полегшення. Ті, хто сприймає біль як нешкідливий або тимчасовий, можуть мати більшу стійкість і менше реагувати на хворобливі відчуття.

Поведінкові реакції на хронічний біль

Поведінкові реакції на хронічний біль є важливою частиною його патофізіології, оскільки вони можуть посилювати або зменшувати інтенсивність болю в залежності від того, як пацієнт реагує на ці відчуття. Поведінка, що стосується болю, може бути спрямована на уникання болю, щоб уникнути ситуацій, які його провокують, або ж, навпаки, на підвищену активність, що може погіршити стан.

Один з основних механізмів — це ухилення від фізичної активності. Пацієнти з хронічним болем часто намагаються уникати активних фізичних навантажень через страх погіршення болю. Це призводить до зменшення фізичної активності та, як наслідок, до зниження сили та витривалості м'язів, що посилює відчуття болю та знижує рухливість. У таких випадках відсутність фізичної активності стає замкнутим колом, яке погіршує самопочуття пацієнта і збільшує ймовірність подальшої хронізації болю.

Ще однією поведінковою реакцією є збільшене сприйняття інвалідності. Пацієнти з хронічним болем часто уявляють себе нездатними виконувати звичні функції. Це може призвести до зниження соціальної активності, зменшення участі в роботі та сімейному житті. Така поведінка не тільки обмежує фізичну активність, але й сприяє розвитку депресії та соціальної ізоляції. Як результат, пацієнт може відчувати свою безпорадність і безнадійність, що тільки погіршує його психоемоційний стан.

Збільшення фокуса на болю може також бути пов'язане з поведінкою, коли пацієнт відчуває необхідність постійно оцінювати біль або прагне змінити позу, щоб зменшити відчуття. Це призводить до постійної уваги до болю та

неперервного переживання дискомфорту, навіть коли немає об'єктивних фізіологічних змін, які б пояснювали такий біль.

Когнітивно-поведінкові стратегії в лікуванні хронічного болю

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних методів лікування хронічного болю. Цей підхід базується на розумінні того, як когнітивні та поведінкові реакції можуть впливати на сприйняття болю, і намагається змінити ці реакції через навчання пацієнтів новим стратегіям адаптації до болю.

1. Зміна сприйняття болю: КПТ навчає пацієнтів змінювати свої сприйняття болю, допомагаючи їм бачити біль не як загрозу для життя, а як невід'ємну частину хронічного стану, з яким можна працювати. Цей підхід допомагає пацієнтам зменшити рівень тривоги та катастрофізації, що, у свою чергу, знижує інтенсивність болю.

2. Покращення адаптаційної поведінки: КПТ також допомагає пацієнтам змінити свої поведінкові реакції, що сприяють хронізації болю. Пацієнтам пропонуються методи поступового повернення до фізичної активності, а також навчання технікам розслаблення, медитації та дихальних вправ для зниження стресу.

3. Управління стресом: Стрес є важливим чинником, який погіршує хронічний біль. КПТ допомагає пацієнтам розвивати стратегії управління стресом, зокрема через релаксаційні техніки, управління емоціями та розвиток позитивних копінг-стратегій.

4. Підвищення контролю над болем: Один з основних аспектів КПТ — це надання пацієнтам відчуття контролю над їхнім болем. Це дозволяє їм відчувати, що вони можуть управляти ситуацією, а не бути її жертвами. Це відчуття контролю значно покращує психоемоційний стан пацієнтів.

Взаємодія між хронічним болем і когнітивно-поведінковими реакціями є ключовою для розуміння того, як біль може ставати хронічним і як його можна зменшити. Когнітивні процеси, такі як катастрофізація болю та перенапруження уваги, можуть посилювати відчуття болю, а певні поведінкові реакції, зокрема

уникання активності та соціальної ізоляції, можуть погіршити ситуацію. Використання когнітивно-поведінкових методів лікування дозволяє пацієнтам змінити свої реакції на біль і відновити контроль над своїм життям, що в результаті зменшує інтенсивність болю і покращує психоемоційний стан.

4.4. Психосоціальна вразливість та стигматизація

Хронічний тазовий біль (ХТБ) є не лише фізичним захворюванням, а й серйозним соціальним і психічним викликом для пацієнтів. Відчуття болю в тазовій області, яке триває тривалий час, може мати значний вплив на психосоціальний стан пацієнта, викликаючи не лише фізичні страждання, але й психологічні труднощі. Одним із ключових аспектів, який ускладнює лікування та реабілітацію пацієнтів з ХТБ, є психосоціальна вразливість і стигматизація, що виникають внаслідок хронічного болю. Ці фактори взаємопов'язані і мають значний вплив на розвиток хвороби, а також на процеси відновлення пацієнтів.

Психосоціальна вразливість

Психосоціальна вразливість пацієнтів з хронічним тазовим болем охоплює сукупність факторів, які підвищують схильність до розвитку психічних порушень, соціальної ізоляції, а також погіршують якість життя. Ці фактори можуть включати різні аспекти, як-от соціально-економічний статус, рівень соціальної підтримки, особисті переживання та досвід пацієнта, а також гендерні й культурні особливості.

1. Соціально-економічний статус: Люди з низьким соціально-економічним статусом зазвичай мають менший доступ до медичних послуг, що погіршує їх здатність справлятися з болем. Вони можуть не мати можливості проходити необхідні обстеження або отримувати високоякісне лікування, що призводить до затяжного перебігу болю та посилення психоемоційних проблем. З іншого боку, соціально стабільні пацієнти мають більше шансів на своєчасне та ефективне лікування.

2. Соціальна підтримка: Наявність соціальної підтримки є одним з найбільш важливих чинників для пацієнтів з хронічним болем. Підтримка родини, друзів та колег може значно полегшити психосоціальну вразливість, надаючи пацієнту моральну підтримку та допомогу в побутових питаннях. Водночас, відсутність такої підтримки може призвести до соціальної ізоляції, депресії та відчуття безпорадності.

3. Психологічний стан: Пацієнти з хронічним болем часто страждають від депресії, тривоги, почуття безпорадності. Психічні розлади можуть значно погіршити сприйняття болю, змінюючи не лише фізіологічні, але й психологічні реакції на хворобу. Тривога та депресія можуть підсилювати відчуття болю, роблячи його більш інтенсивним і тривалим. Водночас хронічний біль часто є тригером для розвитку психічних розладів, що ускладнює процес лікування та відновлення пацієнтів.

4. Культурні та гендерні аспекти: У деяких культурах і соціальних групах існують стереотипи щодо того, як повинні поводитися пацієнти з хронічним болем. Відповідно до цих стереотипів, жінки, наприклад, можуть бути схильні до зниження сприйняття їх болю, особливо в контексті репродуктивного здоров'я, що може призвести до недооцінки їхнього стану медичним персоналом. Це також може спонукати пацієнтів до приховування своїх симптомів або до уникання медичних консультацій, що лише погіршує їхній стан.

Стигматизація хронічного болю

Стигматизація, або негативне соціальне оцінювання особи через її хворобу або стан, є серйозною проблемою для пацієнтів з ХТБ. Вона може мати руйнівні наслідки для психоемоційного стану пацієнтів, що призводить до посилення болю і знижує ефективність лікування.

1. Недооцінка болю: Хронічний біль у багатьох випадках не має явних фізичних ознак, тому його важко оцінити ззовні. Це призводить до того, що пацієнти з ХТБ можуть бути сприйняті як «психосоматичні» або «надумані» хворі. Особливо це стосується жінок, які часто стикаються з тим, що їхній біль сприймається як менш значущий або навіть «вигаданий». Це сприяє зниженню рівня довіри до лікарів, а також до пацієнтів зі сторони оточення.

2. Відсутність визнання болю медичним персоналом: Діагностика та лікування хронічного болю часто стикаються з труднощами через недостатнє визнання медичним персоналом специфіки болю, який не завжди має об'єктивні патофізіологічні маркери. Це може призвести до того, що лікарі не

завжди сприймають біль пацієнта всерйоз, що не лише погіршує прогноз, а й підсилює відчуття самотності та безпорадності у пацієнтів.

3. Соціальна стигматизація: Пацієнти, які страждають від хронічного болю, можуть відчувати соціальну ізоляцію, оскільки їхня хвороба є «невидимою» для оточуючих. Вони часто не можуть виконувати повсякденні завдання або брати участь у соціальних активностях, що призводить до відчуття відчуженості та депресії. Така ізоляція погіршує якість життя пацієнтів і сприяє розвитку додаткових психічних розладів.

4. Відсутність підтримки через психосоматичний аспект болю: Біль, що не має явних органічних причин, часто інтерпретується як психосоматичний розлад. Це може призвести до того, що пацієнт буде сприйнятий як «несправжній» хворий або навіть як маніпулятор. Такий підхід посилює відчуття стигматизації, що у свою чергу знижує рівень самоповаги пацієнта і затягує процес лікування.

Шляхи подолання психосоціальної вразливості та стигматизації

1. Освітні програми для медичних працівників: Одним з перших кроків до подолання стигматизації є підвищення обізнаності медичних працівників щодо хронічного болю як складного, багатофакторного стану, що вимагає комплексного підходу до лікування. Лікарі та медсестри повинні розуміти, що пацієнт з хронічним болем не просто «вигадує» симптоми, а реально страждає, і його стан потребує поваги та уваги.

2. Соціальна підтримка: Важливою складовою терапії пацієнтів з ХТБ є соціальна підтримка. Групи підтримки, участь в психотерапевтичних сеансах та родинна підтримка можуть допомогти пацієнту пережити соціальну ізоляцію, підвищити рівень самооцінки і зменшити депресивні симптоми.

3. Психотерапевтична допомога: Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є важливим інструментом у подоланні стигматизації. КПТ допомагає пацієнтам зрозуміти взаємозв'язок між болем і емоційним станом, змінити негативні переконання і стереотипи, що виникають через хронічний біль.

4. Підтримка на рівні громади та суспільства: Важливо створювати суспільні платформи, де пацієнти з хронічним болем можуть отримати інформацію, підтримку та допомогу. Ці платформи допомагають знижувати рівень стигматизації та сприяють розвитку інклюзивного суспільства.

Таким чином, психосоціальна вразливість та стигматизація є важливими аспектами хронічного тазового болю, які значно впливають на психоемоційний стан пацієнта та можуть ускладнювати процес лікування. Використання комплексних підходів до терапії та підтримки пацієнтів, що враховують соціальні, культурні та психологічні аспекти, є необхідним для покращення їхнього стану та якості життя.

РОЗДІЛ 5. ПРОФІЛАКТИКА ТА СИСТЕМНІ ПІДХОДИ ДО ЗАПОБІГАННЯ ХТБ

5.1. Первинна профілактика: освіта, скринінг та модифікація поведінкових факторів

Первинна профілактика є ключовим компонентом запобігання розвитку хронічного тазового болю (ХТБ) та інших захворювань, що можуть спричиняти або ускладнювати біль у тазовій ділянці. Завдяки ефективним стратегіям профілактики можна значно знизити ризик розвитку ХТБ і полегшити його раннє виявлення, що дозволяє почати лікування на більш ранніх етапах і запобігти ускладненням. Основними напрямками первинної профілактики є освіта населення, скринінг та модифікація поведінкових факторів, які безпосередньо впливають на розвиток або підтримання болю в тазовій ділянці.

1. Освіта населення

Освіта пацієнтів і суспільства загалом є важливим інструментом первинної профілактики. Інформування про здоровий спосіб життя, значення регулярних медичних оглядів, а також про можливі симптоми та фактори ризику, які можуть призвести до розвитку хронічного болю, має величезне значення.

1. Інформування про фактори ризику: Знання факторів ризику розвитку ХТБ дозволяє пацієнтам вжити заходів для їх мінімізації. Наприклад, пацієнти повинні бути обізнані з тим, як важливо уникати перевантажень тазового дна, а також знати про необхідність своєчасного лікування інфекцій сечовивідних шляхів, порушень менструального циклу чи статевого здоров'я. Освітні кампанії повинні охоплювати як фізіологічні аспекти здоров'я, так і соціально-психологічні фактори, які можуть впливати на розвиток болю.

2. Підвищення обізнаності про психосоціальні аспекти: Важливо інформувати пацієнтів про те, що не лише фізичні чинники можуть призводити до розвитку ХТБ, але й стрес, тривога та депресія можуть значно посилювати

біль і сприяти його хронізації. Таке усвідомлення допоможе пацієнтам знизити рівень психологічної стигматизації і звертатися за допомогою на ранніх етапах.

3. Навчання правильним технікам профілактики болю: Важливим елементом є навчання пацієнтів методам попередження виникнення болю, наприклад, правильним технікам сидіння, підйому важких предметів, виконання вправ для зміцнення м'язів тазового дна. Освітні програми можуть також охоплювати питання коректного виконання фізичних вправ, щоб уникнути перенапруження або травмування тазового дна, що є важливим елементом профілактики болю.

2. Скринінг

Скринінг є важливою стратегією для виявлення ранніх ознак потенційних захворювань, які можуть стати причиною ХТБ. Раннє виявлення цих захворювань дозволяє здійснити ефективне втручання на ранніх етапах і попередити розвиток болю, що стає хронічним.

1. Скринінг для виявлення генітальних та урологічних захворювань: У жінок скринінг на ранні ознаки інфекцій сечовивідних шляхів, ерозій шийки матки, а також гінекологічних захворювань, таких як ендометріоз, може допомогти виявити проблеми, що згодом можуть призвести до хронічного болю. У чоловіків необхідно регулярно перевіряти наявність простатиту чи інших захворювань, що можуть спричинити тазовий біль.

2. Скринінг на порушення психоемоційного стану: Оскільки психологічні фактори (стрес, депресія, тривога) можуть бути як причиною, так і наслідком хронічного болю, скринінг на психічні розлади є важливою частиною первинної профілактики. Раннє виявлення депресії або тривожних розладів у пацієнтів з болем у тазовій ділянці дозволяє вжити заходів для зменшення психоемоційного навантаження і запобігти хронізації болю.

3. Фізичний скринінг: Для виявлення захворювань, які можуть призвести до хронічного тазового болю, важливо також проводити регулярні медичні огляди, які включають оцінку стану м'язів тазового дна, перевірку на наявність

тригерних точок та спазмів, а також оцінку загального фізичного стану пацієнта.

3. Модифікація поведінкових факторів

Зміна поведінкових факторів є важливою складовою профілактики розвитку ХТБ. Поведінкові звички, які сприяють розвитку болю, повинні бути змінені або усунуті через корекцію способу життя, фізичну активність, харчування і загальний підхід до здоров'я.

1. Корекція фізичних навантажень: Багато людей, особливо ті, хто має фізичну роботу або займається спортом, можуть через надмірне навантаження або неправильне виконання фізичних вправ сприяти розвитку болю в тазовій ділянці. Важливо навчитись правильно розподіляти навантаження на організм і виконувати спеціалізовані вправи для зміцнення м'язів тазового дна, а також для зниження напруги в м'язах цієї області.

2. Зміни в дієті: Неправильне харчування може сприяти розвитку запорів, які можуть посилювати біль у тазовій ділянці. Дієта, багата на клітковину, допоможе нормалізувати роботу шлунково-кишкового тракту і запобігти запорам, що може зменшити навантаження на тазове дно і знизити ризик розвитку болю.

3. Зменшення стресу: Стрес є одним із факторів, що може сприяти розвитку хронічного болю через посилення м'язового напруження та зміни в регуляції больового сигналу в центральній нервовій системі. Тому важливо навчити пацієнтів методам релаксації, таких як медитація, дихальні вправи, йога, що дозволяють знижувати рівень стресу і психологічного навантаження.

4. Підвищення фізичної активності: Регулярна фізична активність, зокрема вправи на розтягнення і зміцнення м'язів тазового дна, можуть значно покращити функцію цієї області і знизити ризик розвитку болю. Важливою є також підтримка нормальної ваги тіла, оскільки зайва вага може створювати додаткове навантаження на тазове дно.

5. Сексуальне здоров'я та інтимні стосунки: Регулярне та здорове сексуальне життя, з урахуванням психологічного комфорту та фізичних

обмежень, є важливим аспектом у попередженні розвитку болю в тазовій ділянці. Пацієнти повинні бути обізнані щодо здорових звичок у сексуальних відносинах та враховувати індивідуальні особливості при виборі методів контрацепції.

Первинна профілактика хронічного тазового болю є комплексним підходом, що включає освіту населення, скринінг для раннього виявлення потенційних захворювань та модифікацію поведінкових факторів. Запобігання розвитку болю можливе лише за умови активного впливу на фізичні, психоемоційні та соціальні аспекти життя пацієнтів. Раннє виявлення проблем, що можуть сприяти розвитку ХТБ, та корекція способу життя є основою для ефективної профілактики цього стану.

5.2. Вторинна профілактика: раннє виявлення і мультидисциплінарне спостереження

Вторинна профілактика хронічного тазового болю (ХТБ) спрямована на виявлення та корекцію захворювань або станів, що можуть сприяти розвитку цього болю, на ранніх етапах, а також на запобігання його хронізації. Вторинна профілактика є важливою ланкою у боротьбі з ХТБ, оскільки ефективне раннє виявлення патологій дозволяє вчасно здійснити втручання і запобігти ускладненням. Крім того, у разі наявності вже діагностованого болю, важливим елементом є мультидисциплінарний підхід до спостереження за пацієнтом, що дає можливість комплексно оцінити та коригувати всі аспекти захворювання.

1. Раннє виявлення

Раннє виявлення потенційних причин хронічного тазового болю є основною метою вторинної профілактики. Це дозволяє не лише своєчасно діагностувати захворювання, які можуть призвести до розвитку болю, але й уникнути хронізації процесу, що значно ускладнює лікування.

1. Систематичні медичні огляди та скринінг: Пацієнти, які мають ризик розвитку ХТБ, повинні регулярно проходити медичні огляди та скринінгові тести для виявлення ранніх ознак патологій, що можуть викликати тазовий біль.

Це включає огляд у гінеколога, уролога, а також проведення тестів на інфекційні захворювання, запальні процеси, аномалії будови органів, функціональні порушення.

- У жінок важливо проводити огляд на предмет ендометріозу, аденоміозу, кіст на яєчниках, інфекцій статевих шляхів.

- У чоловіків важливим є обстеження на простатит, гіперплазію простати, інші урологічні порушення.

2. Використання спеціалізованих тестів і обстежень: Важливо використовувати сучасні методи для раннього виявлення причин болю. Це включає уродинамічне обстеження, ультразвукові дослідження органів тазової області, МРТ або КТ для виявлення структурних змін у тканинах, що можуть

спричиняти біль. У разі підозри на неврологічну патологію, може знадобитись електроміографія або нейровізуалізація.

3. Збір анамнезу та аналіз симптомів: Для раннього виявлення болю важливо звертати увагу на будь-які зміни в стані здоров'я пацієнта. Лікарі повинні ретельно аналізувати симптоми, такі як дискомфорт при сечовипусканні, больові відчуття при статевих контактах, зміни в менструальному циклі, порушення сну, депресивні або тривожні стани. Це допоможе у виявленні первинних симптомів, які можуть бути ознаками початку болю в тазовій ділянці.

4. Моніторинг факторів ризику: Для пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку хронічного болю важливо проводити регулярний моніторинг факторів ризику, таких як гіперчутливість до болю, попередні травми тазової ділянки, інфекційні та запальні захворювання органів малого таза, порушення функції тазового дна. Такий моніторинг дозволяє своєчасно коригувати поведінкові фактори та інші ризики.

2. Мультидисциплінарне спостереження

Мультидисциплінарне спостереження є важливою складовою вторинної профілактики хронічного тазового болю. Це дозволяє врахувати різноманітні аспекти захворювання, включаючи фізіологічні, психологічні та соціальні фактори, що можуть впливати на розвиток або підтримання болю. Спостереження повинне включати взаємодію різних медичних спеціалістів, що дозволяє провести комплексну оцінку стану пацієнта та розробити індивідуальний план лікування.

1. Координація роботи між фахівцями: Для ефективного лікування пацієнтів з ХТБ необхідна тісна співпраця між урологами, гінекологами, фізіотерапевтами, психотерапевтами, неврологами та іншими фахівцями. Важливо, щоб всі ці лікарі мали єдине бачення на діагностику та лікування пацієнта і були обізнані з його історією хвороби та поточним станом. Це дозволяє запобігти перехресним призначенням лікування і уникнути зайвих чи неефективних втручань.

2. Регулярні консультації та спостереження: Пацієнти, які вже страждають від ХТБ, повинні перебувати під регулярним спостереженням лікарів різних спеціальностей, що дозволить своєчасно коригувати терапевтичні заходи, враховуючи зміну стану пацієнта. Регулярні зустрічі з фахівцями дозволяють також враховувати психоемоційний стан пацієнта, виявляти нові проблеми та коригувати методи лікування.

3. Індивідуальний підхід до лікування: Враховуючи, що кожен пацієнт має індивідуальні особливості, мультидисциплінарне спостереження дозволяє розробити індивідуальний підхід до лікування болю. Це може включати фізіотерапію для зміцнення м'язів тазового дна, психотерапію для зниження тривоги та депресії, медикаментозне лікування для зменшення болю, а також інші методи, що залежать від конкретних симптомів і стану пацієнта.

4. Психологічна підтримка та корекція поведінкових факторів: Пацієнти з ХТБ часто мають додаткові психоемоційні проблеми, такі як тривога, депресія, стрес, що посилюють біль і можуть призвести до хронізації болю. Мультидисциплінарне спостереження повинно включати консультації психологів або психотерапевтів для роботи з такими розладами. Зменшення психоемоційного навантаження може значно полегшити стан пацієнта та допомогти в зменшенні інтенсивності болю.

5. Постійна оцінка ефективності лікування: Важливо проводити регулярну оцінку ефективності терапії, щоб коригувати план лікування в залежності від відповіді пацієнта. Це включає як оцінку больових відчуттів, так і зміну функціонального стану пацієнта, зокрема його здатності виконувати повсякденні завдання, пов'язані з фізичними навантаженнями.

Вторинна профілактика хронічного тазового болю є важливим етапом у боротьбі з цією патологією, що дозволяє своєчасно виявляти потенційні причини болю, запобігати його хронізації та покращити якість життя пацієнтів. Раннє виявлення захворювань, регулярне скринінгове обстеження, а також мультидисциплінарне спостереження дозволяють ефективно запобігти розвитку ускладнень і забезпечити пацієнтам комплексну допомогу.

5.3. Інформування пацієнтів і побудова взаємозв'язку у лікувальному процесі

Інформування пацієнтів та побудова ефективного взаємозв'язку між лікарем і пацієнтом є наріжними каменями сучасного підходу до лікування хронічного тазового болю (ХТБ). Уміння доносити складну медичну інформацію простою і зрозумілою мовою, формування довіри та взаємоповаги — це не лише етичні принципи, а й практичні інструменти поліпшення терапевтичних результатів.

Пацієнти з ХТБ часто звертаються до численних спеціалістів, мають розчарування в попередньому лікуванні та відчують себе незрозумілими або ігнорованими. У цьому контексті саме налагоджений взаємозв'язок із клініцистом стає ключовим для відновлення віри у можливість полегшення симптомів і підвищення якості життя. Лікар має не лише інформувати, а й слухати, визнавати переживання пацієнта, демонструвати емпатію й залучати до активної участі в плануванні діагностично-лікувальних втручань.

Освітня складова процесу лікування повинна включати надання пацієнтам вичерпної інформації про природу хронічного болю, можливі механізми його виникнення, сучасні теорії ноцицептивної, нейропатичної та психогенної болісності. Уникнення складної термінології, використання візуальних матеріалів, аналогій, а також надання письмових пам'яток покращує засвоєння інформації, знижує тривожність і допомагає пацієнтам краще співпрацювати з медичним персоналом.

Важливо, щоби інформування не обмежувалося лише одним візитом. Повторне обговорення ключових питань, уточнення розуміння, відповіді на нові запитання в динаміці дозволяють пацієнтам краще адаптуватися до діагнозу, уникати катастрофізації симптомів і долати страх невизначеності. Систематична комунікація також допомагає лікарю уточнювати пріоритети пацієнта, коригувати очікування та формувати реалістичні цілі лікування.

Встановлення ефективного взаємозв'язку передбачає взаємну відповідальність. Пацієнт має бути поінформованим, вмотивованим і готовим дотримуватися узгодженого плану лікування, тоді як лікар повинен бути відкритим до діалогу, забезпечувати прозорість у прийнятті клінічних рішень, враховувати життєві обставини пацієнта. Такий формат співпраці сприяє підвищенню прихильності до терапії, зменшує кількість необґрунтованих очікувань та підвищує ефективність медичної допомоги.

Особливе місце у структурі взаємозв'язку займає обговорення не лише медичних аспектів, а й емоційного досвіду пацієнта. Люди з ХТБ часто відчують себе ізольованими, незрозумілими, що викликає тривожність, депресивні симптоми, втрату сенсу та мотивації до лікування. Надання простору для обговорення цих аспектів дозволяє зменшити психологічне навантаження та сприяє розвитку терапевтичного альянсу. Лікар не повинен виконувати роль психотерапевта, однак має вміти розпізнати психоемоційні прояви й направити до відповідного фахівця за потреби.

Формування взаємозв'язку також вимагає зваженого ставлення до теми діагностики. Надмірна кількість обстежень без чітких показань може не лише не принести користі, але й зміцнити у пацієнта переконання про «серйозність» або «невиліковність» захворювання. Лікар має вміти пояснити, чому певні методи не є необхідними, та аргументувати вибір обстежень з точки зору клінічної доцільності.

Особливо важливо пояснювати пацієнтам поняття функціональних розладів та мультифакторного характеру болю. Необхідно донести, що відсутність органічної патології не заперечує реальність болю. Це допомагає уникнути почуття недовіри, зменшує ймовірність конфліктів та створює основу для більш глибокого розуміння пацієнтом особливостей його стану.

Залучення пацієнтів до ухвалення рішень є практичною реалізацією принципу «спільного управління хворобою». Це включає обговорення можливих варіантів лікування, їхніх переваг, ризиків, альтернатив. Таке рішення приймається з урахуванням медичних показань та особистих уподобань

пацієнта, його готовності дотримуватись рекомендацій, стилю життя, ресурсів та підтримки. Подібна модель сприяє відчуттю контролю над ситуацією, що само по собі є терапевтичним фактором у контексті хронічного болю.

Реалізація ефективного взаємозв'язку передбачає також організаційні підходи: доступність повторних консультацій, можливість звернення до фахівця у разі загострення симптомів, участь пацієнта у групах підтримки або навчальних програмах. Пацієнтам з ХТБ можуть бути корисними короткі освітні семінари, буклети, онлайн-ресурси, які підвищують обізнаність щодо природних механізмів болю, методів самодопомоги, релаксації, фізичної активності, управління стресом.

Побудова ефективного взаємозв'язку також передбачає розвиток комунікативних навичок у лікаря. Важливо вміти ставити відкриті запитання, не перебивати, використовувати невербальні сигнали підтримки, підтверджувати розуміння переживань пацієнта. Вислови на кшталт «я розумію, що це виснажує вас», або «ми розглянемо це разом» дозволяють створити атмосферу підтримки та знижують рівень тривожності. Навпаки, уникання теми болю або надмірне фокусування виключно на біомедичних параметрах може викликати відчуття знецінення досвіду пацієнта.

Таким чином, інформування пацієнтів і побудова якісного взаємозв'язку у лікувальному процесі — це не додаткові або факультативні компоненти терапії ХТБ, а її невід'ємна частина. Вони дозволяють створити основу для тривалого, адаптивного й ефективного лікування, знижуючи ризик хронізації симптомів, підвищуючи якість життя та зменшуючи навантаження на систему охорони здоров'я.

5.4. Роль сімейного лікаря у профілактиці та спостереженні за пацієнтами з факторами ризику ХТБ

Сімейний лікар відіграє центральну роль у системі первинної медичної допомоги, а отже, і в ранньому виявленні, профілактиці та довгостроковому спостереженні пацієнтів із факторами ризику розвитку хронічного тазового болю (ХТБ). Його стратегічне положення в системі охорони здоров'я забезпечує доступність, безперервність, комплексність і персоналізацію медичної допомоги. Цей розділ зосереджується на ключових напрямках діяльності сімейного лікаря у контексті ХТБ — від ідентифікації ризиків до міждисциплінарної координації лікувального процесу.

Раннє виявлення та стратифікація ризику

Пацієнти, які звертаються до сімейного лікаря з неспецифічними скаргами, такими як періодичний тазовий дискомфорт, дизурія, біль при менструації, відчуття напруження в малому тазу або в попереку, часто не розглядаються як група ризику розвитку ХТБ. Однак саме на цьому етапі важливо не втратити клінічну пильність і вчасно виявити симптомокомплекси, які можуть свідчити про початкові етапи формування хронічного болю. У практиці сімейного лікаря повинні бути використані скринінгові інструменти — опитувальники щодо хронічного болю, психоемоційного стану, функціонального стану органів тазу, сексуального здоров'я, історії гінекологічних або урологічних захворювань.

Стратифікація ризику має враховувати такі чинники, як:

- Наявність рецидивуючих інфекцій сечової або статеві системи.
- Історія травм тазової ділянки або хірургічних втручань.
- Важкий або тривалий перебіг пологів.
- Наявність ендометріозу, синдрому подразненого кишечника, міофасціальних болей.
- Ознаки тривожності, депресії, порушень сну, хронічного стресу.

- Соціальні фактори: низький рівень підтримки, насильство в анамнезі, професійні ризики (малорухливість, фізичне перенавантаження тощо).

На основі комплексної оцінки цих даних сімейний лікар формує індивідуальний план спостереження або направлення до профільних спеціалістів.

Освіта пацієнтів і формування мотивації до профілактики

Одна з основних функцій сімейного лікаря — інформування пацієнта щодо сутності його стану, потенційних факторів ризику та можливостей модифікації поведінки для зниження ймовірності прогресування симптомів. У випадках, коли ще не сформувався клінічно значущий больовий синдром, але вже наявні тригери (гіподинамія, ожиріння, психоемоційна дестабілізація, недостатній сон, хронічні інфекції), саме лікар первинної ланки має ініціювати розмову про профілактичні заходи.

Це передбачає:

- Пояснення важливості регулярної фізичної активності з акцентом на зміцнення м'язів тазового дна та постави.

- Рекомендації щодо ваги тіла, дієтичного режиму, уникнення закрепів.

- Обговорення ролі стресу в підтриманні та загостренні больових відчуттів.

- Направлення на психоосвітні тренінги або консультації при підозрі на психоемоційні порушення.

- Заохочення до ведення щоденника болю або самоспостережень.

Ефективна комунікація, з урахуванням рівня обізнаності, освітнього рівня та мовних особливостей пацієнта, підвищує мотивацію до профілактики та дотримання рекомендацій.

Координація мультидисциплінарного підходу

Пацієнти з формуючим або вже наявним ХТБ потребують не лише медикаментозного лікування, а й участі фізіотерапевтів, психотерапевтів, неврологів, гінекологів, урологів, гастроентерологів. Сімейний лікар виступає у

ролі координатора такої взаємодії, забезпечуючи наступність медичної допомоги, попереджаючи дублювання обстежень і нераціональні призначення.

Він також оцінює динаміку стану пацієнта між візитами до вузьких спеціалістів, адаптує рекомендації до контексту життя хворого, контролює виконання немедикаментозних заходів, зокрема фізичних вправ, психоосвітніх інтервенцій, змін у способі життя.

У рамках команди сімейного лікаря можуть бути залучені медичні сестри, соціальні працівники, психологи. За наявності ресурсів — участь у мультидисциплінарних командах значно підвищує ефективність тривалого ведення таких пацієнтів.

Терапевтична підтримка та подолання медичної фрустрації

Пацієнти з ХТБ часто змінюють лікарів, проходять десятки обстежень без виявлення чіткої причини болю, накопичують розчарування, втрату довіри до медичної системи. У цій ситуації саме сімейний лікар може забезпечити стабільність, неперервність та підтримку, які є критично важливими для запобігання соціальної ізоляції та психоемоційного виснаження.

Через регулярні візити, побудову довірливих відносин, спільне визначення коротко- і довгострокових цілей лікування, родинний лікар формує відчуття «партнерства» у пацієнта, знижує рівень тривожності, допомагає уникнути катастрофізації симптомів. Він також може навчати пацієнтів навичок саморегуляції, технік релаксації, способів контролю болю без медикаментів.

Надання інформації про можливі варіанти лікування, спільне ухвалення рішень, пояснення переваг і ризиків кожного методу дозволяють зменшити фрустрацію, особливо у тих, хто має негативний досвід медичних втручань у минулому.

Спостереження за станом та контроль ефективності втручань

У процесі довгострокового спостереження пацієнтів з факторами ризику або вже встановленим діагнозом ХТБ, сімейний лікар виконує важливу функцію моніторингу. Це включає:

- Ведення документації щодо динаміки симптомів.

- Оцінку ефективності терапевтичних підходів (фармакотерапія, фізична терапія, психотерапія).

- Своєчасну корекцію плану лікування у разі неефективності або появи побічних ефектів.

- Виявлення загострень або нових супутніх порушень (депресії, розладів сну, соматоформних розладів).

- Залучення родичів або опікунів до підтримки пацієнта, за потреби.

Сімейний лікар також може координувати повторні обстеження, за необхідності — направляти до фахівців повторно, ініціювати міжвідомчу взаємодію з реабілітаційними центрами або службами психічного здоров'я.

Протидія стигматизації та психоемоційній вразливості

Важливою роллю сімейного лікаря є боротьба зі стигматизацією пацієнтів з хронічним болем. Часто вони стикаються з недовірою, знеціненням симптомів, обвинуваченням у «вигадуванні» або «гіперчутливості». Така позиція з боку медичного персоналу може поглибити психоемоційну вразливість, викликати депресію, втрату мотивації до лікування, посилення соціальної ізоляції.

Сімейний лікар має забезпечити безоціночне ставлення, визнання реальності болю навіть при відсутності об'єктивних маркерів. Він також може просвітницьки впливати на членів родини пацієнта, допомагаючи їм краще зрозуміти особливості стану близької людини та уникати деструктивної поведінки (ігнорування, тиск, надмірна опіка).

Освіта самого лікаря та командна підготовка

Ефективна роль сімейного лікаря в роботі з пацієнтами, що мають ризик ХТБ, передбачає належний рівень професійної підготовки. Сучасні стандарти лікування хронічного болю потребують знань з нейрофізіології, психосоматики, біопсихосоціальної моделі хвороби, методів немедикаментозного втручання.

Тому важливим є включення відповідних тем до програм післядипломної освіти, організація тренінгів з міждисциплінарної взаємодії, розвиток навичок ефективної комунікації з «трудними» пацієнтами.

Список використаної літератури

1. Академічні лекції з акушерства та гінекології / За ред. акад. Ю.Г. Антипкіна. – К.: ТОВ «КРІЄИТІВ МЕДІА», 2021. – 424 с.
2. Акушерство: підручник / Пирогова В.І., Булашенко О.В., Вдовиченко Ю.П. за ред. Пирогової В.І. – Вінниця: Нова книга, 2021. – 472 с.
3. Акушерство і гінекологія: у 2-х кн. Книга 1. Акушерство. Підручник (ВНЗ III-IV рівнів акредитації/За ред. В.І.Грищенка, М.О. Щербіни. – 2-е вид., виправлене. 2017. – 376 с.
4. Акушерство і гінекологія: у 2-х кн. Книга 2. Гінекологія. Підручник ВНЗ III-IV рівнів акредитації/За ред. В.І.Грищенка, М.О.Щербіни – 2-е вид., виправлене. 2017. – 376 с.
5. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
6. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. "Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
7. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології: монографія / І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Р.О. Ткаченко. – Одеса: Одеський медуніверситет, 2021. – 111 с.
8. Запорожан В.М., Грубнік В.В., Грубнік Ю.В, Малиновський А.В. та ін.; Ендоскопічна хірургія. Навчальний посібник/ за редакцією В.М. Запорожана, В.В. Грубніка – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
9. Запорожан В.М., Тарабрін О.О. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. Практичний poradник. Суми: ПФ Видавництво «Університетська книга», 2018. – 240 с.
10. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
11. Ліхачов В.К., за ред. Ю.С. Паращук, О.М. Юзька, О.В. Булашенко Гінекологія Вінниця: Нова Книга, 2018. 688 С.

12. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
13. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
14. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.
15. Магован Б.А. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання / Б.А. Магован, Ф. Оуен, Е. Томпсон. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
16. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування українського варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
17. МОЗ України Наказ № 1039 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді» від 17.06.2022
18. МОЗ України Наказ № 1218 «Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром» від 13.07.2022
19. Навчальний посібник з акушерства/за ред.І.Б.Венцківської. В.П. Лакатоша, В.М.Куща.- К., 2018. – РА Гармонія – 210 с.
20. Сучасні підходи до діагностики та лікування доброякісних пухлин яєчників: Навч. посіб./ Бойко В.І., Бойко А. В., Калашник Н.В.- Суми: Сумський державний університет, 2019. – 267 с.
21. Comprehensive Gynecology-8th Ed. / D.M. Hershenson, G.M. Lentz, F.A. Clinical Cases in Obstetrics and Gynecology [Text] / D. Konkov, O. Bulavenko; Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University. - Vinnytsya : NilanLtd, 2018. - 414 p. - Bibliogr.: p. 410. - ISBN 978-966-924-720-9
22. Gynaecology by Ten Teachers [Текст] / Ed.: A. Monga, S. Dobbs. — 19th edition. —Hodder Arnold, 2011. — 206

23. Netter's Obstetrics & Gynecology [Text] / Roger P. Smith; ill. Frank H. Netter. - 3rd ed. - Philadelphia: Elsevier, 2018. - XII, 601 p.: il. - Index: p. 581-601. - ISBN 978-0-7020-7036-5
24. Obstetrics/Gynecology: Lecture Notes / Editors W.G. Cvetnic, E. Pino. — New York : Kaplan, 2019. — 291 p.
25. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology /Ed.by S. Arulkumaran, W.Ledger, L.Denny, S. Doumouchtsis. – Oxford University Press, 2020- 928 p.
26. Obstetrics & Gynecology [Text] / T. L. Callahan, A. B. Caughey. - 7th ed. - Philadelphia [etc.]: Wolters Kluwer, 2018. - XV, 590 p.: il. - (Blue prints). - Index: p. 571-590. - ISBN 978-1-4963-4950-7
27. Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J. Oats, S. Abraham. - 10th ed. - Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. - VII, 375 p.: il. - (International edition). Index: p. 365-375. - ISBN 978-0-7020-6064-9
28. Obstetrics and Gynecology [Text]: textbook for students of higher medical education establishments: in 2 vol. / V. I. Gryshchenko [et al.]; ed.: V. I. Gryshchenko, M. O. Shcherbina. - 2nd ed. - Kyiv: Medicine, 2018. Vol. 2: Gynecology. - 2018. - 352 p.
29. USMLE. Step 2 CK. 2017 [Text]: lecture notes / ed. E. P. Sakala. - New York: Kaplan Medical, 2016 - Obstetrics & Gynecology. - 2016. - 289 p.: il. - Index: p. 277-289. - ISBN 978-1-5062-0804-6:
30. <https://mazg.com.ua/ua/archive/2023/5%28152%29/pages-64-77/endometrioiz-gaydlayn-eshre->
31. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3786>
32. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3786>
33. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3131>
34. <http://medstandart.net/browse/2486>
35. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3732>

36. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2016 року № 319 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при генітальному ендометріозі”.
37. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 листопада 2011 року № 816 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини”.
38. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії”.
39. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2023 року № 928 “Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»”.
40. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2023 року № 147 “Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки»”.