

Синдром первинного хронічного тазового болю: нові підходи до старої проблеми

О. Д. Нікітін, С. В. Головко, П. О. Самчук, В. І. Сич, М. О. Ясинецький, Г. С. Трепет, О. Ю. Красюк
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Синдром первинного хронічного тазового болю (СПХТБ) є складним і багатофакторним станом, що характеризується тривалим болем у тазовій ділянці за відсутності очевидної органічної патології. Термін «синдром» охоплює комплекс негативних емоційних, когнітивних, поведінкових, сексуальних та функціональних наслідків, до яких призводить хронічний біль.

У розвитку СПХТБ ключову роль відіграють складні нейрофізіологічні механізми, хронічне запалення, автоімунні процеси та дисфункція тазового дна. Водночас значущими є психосоціальні фактори, які можуть як зумовлювати виникнення болю, так і бути його наслідком.

Різноманітність клінічних проявів СПХТБ потребує інтегрованого підходу до діагностики, що включає ретельний збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні й інструментальні методи дослідження для виключення інших причин хронічного тазового болю. Лікування базується на багаторівневій стратегії, що охоплює фармакотерапію, фізіотерапію, психологічну підтримку та, за необхідності, хірургічні втручання.

Розуміння патофізіологічних механізмів СПХТБ та вдосконалення терапевтичних підходів є ключем до підвищення якості життя пацієнтів.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, хронічний простатит, хронічний біль, інфекції сечових шляхів.

Primary chronic pelvic pain syndrome: new approaches to an existing problem

O. D. Nikitin, S. V. Golovko, P. O. Samchuk, V. I. Sych, M. O. Yasynetskyi, G. S. Trepet, O. Yu. Krasiuk

Primary chronic pelvic pain syndrome (PCPPS) is a complex and multifactorial condition characterized by permanent pain in the pelvic region without obvious organic pathology. The term “syndrome” encompasses the negative emotional, cognitive, behavioral, sexual, and functional consequences that chronic pain causes.

Complex neurophysiological mechanisms, chronic inflammation, autoimmune processes, and pelvic floor dysfunction are the basis for the development of PCPPS. At the same time, psychosocial factors play an important role, which can both contribute to the onset of pain and be its result.

The diversity of the clinical picture of PCPPS requires an integrated approach to diagnosis, including a detailed anamnesis, physical examination, laboratory and instrumental methods of investigation to exclude other causes of chronic pelvic pain. Treatment is based on a multilevel strategy that includes pharmacotherapy, physiotherapy, psychological support, and, if necessary, surgical interventions.

Understanding the pathophysiological mechanisms of PCPPS and improving therapeutic approaches is key to improving the quality of life of patients.

Keywords: primary chronic pelvic pain syndrome, chronic prostatitis, chronic pain, urinary tract infections.

Визначення та класифікація

Відповідно до визначення Європейської асоціації урологів (European Association of Urology – EAU), синдром хронічного тазового болю (СХТБ) – це постійний біль, що локалізується у структурах тазової області як у чоловіків, так і у жінок. Він часто асоціюється із симптомами, що вказують на дисфункцію нижніх сечових шляхів, статевих органів, кишечника, тазового дна або гінекологічну дисфункцію, а також пов'язаний із негативними когнітивними, поведінковими, сексуальними та емоційними наслідками [1, 2].

Хронічний тазовий біль (ХТБ) можна розподілити на стани з чітко визначеною патологією (наприклад, інфекційні або онкологічні захворювання) і стани без очевидної патології, але з можливими патофізіологічними механізмами розвитку. У класифікації EAU використовується термін «специфічний тазовий біль, асоційований із певним захворюванням» для перших зазначених станів і «синдром хронічного тазового болю»

для других, що не має ідентифікованого патологічного процесу та триває понад 3–6 міс., тобто в разі задокументованого ноцицептивного болю, який із часом стає персистуючим, біль повинен бути безперервним або рецидивуючим протягом щонайменше 3 міс., а для циклічного болю може бути прийнятним більш тривалий період – понад 6 міс. У новій Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) ці стани отримали нові назви: перший – синдром вторинного хронічного тазового болю, а другий – синдром первинного хронічного тазового болю (СПХТБ) [1, 3–5].

EAU розподілено СПХТБ на підтипи залежно від того, яка система уражується в першу чергу: урологічна, гінекологічна, шлунково-кишкова чи кістково-м'язова (табл. 1) [1, 6].

Відповідно до Міждисциплінарного підходу до вивчення хронічного тазового болю (Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain – MAPPP), урологічний СХТБ охоплює інтерстиціаль-

Таблиця 1

Класифікація СПХТБ залежно від органів ураження [1]

Урологічні больові синдроми
Первинний простатичний больовий синдром
Первинний больовий синдром у сечовому міхурі
Первинний больовий синдром калитки
Первинний больовий синдром яєчок
Первинний епідидимальний больовий синдром
Первинний больовий синдром статевого члена
Первинний уретральний больовий синдром
Поствазектомічний больовий синдром калитки
Гінекологічні больові синдроми зовнішніх статевих органів
Первинний вульварний больовий синдром
Первинний генералізований вульварний больовий синдром
Первинний локалізований вульварний больовий синдром
Первинний больовий синдром у кліторі
Гінекологічна система: внутрішні тазові больові синдроми
Больовий синдром, асоційований з ендометріозом
Хронічний первинний тазовий больовий синдром із циклічними загостреннями
Первинна дисменорея
Шлунково-кишкові тазові больові синдроми
Синдром подразненого кишечника
Хронічний синдром первинного анального болю
Інтермітуючий хронічний синдром первинного анального болю
М'язово-скелетні тазові больові синдроми
Первинний больовий синдром м'язів тазового дна
Первинний куприковий больовий синдром
Післяопераційний СХТБ

Примітки: СПХТБ – синдром первинного хронічного тазового болю; СХТБ – синдром хронічного тазового болю.

ний цистит / синдром болю в сечовому міхурі та хронічний простатит (ХП) / СХТБ, які характеризуються хронічним боєм у ділянці таза та/або статевих органів і часто супроводжуються прискореним сечовипусканням та імперативними позивами [7].

Простатит належить до спектра синдромів, що характеризуються різним ступенем бактеріальних процесів у передміхуровій залозі (ПЗ), тазовим боєм і різноманітними симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ) [3]. За даними, отриманими за допомогою тесту з 4 склянками Meares-Stamey, який був уперше застосований десятиліттям раніше, Drach та його колегами у 1978 р. вперше описано 4 категорії простатиту: гострий і хронічний бактеріальний простатит, небактеріальний простатит та простатодинія. Ця система класифікації була вдосконалена в сучасній класифікації Національного інституту охорони здоров'я США (National Institutes of Health – NIH):

- категорія I – гострий бактеріальний простатит;
- категорія II – хронічний бактеріальний простатит;
- категорія III – небактеріальний варіант простатиту, що характеризується сечостатевим боєм і СНСШ за відсутності ідентифікованої бактеріальної інфекції;
- категорія IV, що позначає досить поширений стан, коли безсимптомні пацієнти мають ознаки запалення ПЗ [4, 5].

Наразі МАРР розглядає категорію III як ХП / СХТБ [7].

Епідеміологія

Хронічний біль поширений у всьому світі, він серйозно впливає на якість життя та працездатність людей [1].

СПХТБ – одне з найпоширеніших захворювань в урологічній та гінекологічній практиці, попри те що, за різними оцінками, його поширеність значно варіює. Цей стан призводить не лише до високих витрат для системи охорони здоров'я, але й до ширших наслідків для суспільства, пов'язаних із психологічними та соціальними порушеннями пацієнтів (емоційний тягар, стрес, зниження соціальної активності, погіршення працездатності тощо) [1, 7, 8].

У ранніх дослідженнях 1980-х років припускали, що лише інтерстиціальний цистит / синдром тазового болю відмічався у близько 500 000 громадян США, але наразі поширеність перевищує позначку в 10 млн (3–7% усіх жінок і 2–4% усіх чоловіків у США) [6, 9–11].

У дослідженні, проведеному у Великій Британії, встановлено поширеність ХТБ на рівні 14,8% у жінок віком від 25 років. А за даними МАРР відомо, що 2–10% чоловічого населення мають симптоми простатиту, тоді як лише 5–10% цих випадків спричинені бактеріальним збудником. Отже, значна кількість цих пацієнтів може насправді мати ХП / СХТБ, поширеність якого сягає 8–11,5% серед усіх чоловіків [6, 9–13].

Етіопатогенез

Дослідження демонструють, що механізми хронічного болю часто зумовлені центральною сенсibiliзацією та активацією нейронних шляхів, які підтримують біль без постійного периферичного тригера.

Біль сприймається через передачу сигналів до вищих центрів, що контролюється на рівні спинного мозку через низхідні й висхідні шляхи. На периферичному рівні механізми гострого болю можуть призвести до сенсibiliзації ноцицептивних рецепторів та активації «тихих» аферентних шляхів, які підсилюють і подовжують сприйняття болю. Центральна сенсibiliзація знижує поріг реакції та посилює відповідь нейронів, спричиняючи розвиток гіпералгезії, алодинії й гіперестезії [1, 7].

Вісцеральна гіпералгезія зумовлює відчуття болю від підпорогових подразників, а конвергенція соматичних і вісцеральних аферентів може спричинити іррадіюючий біль [1, 15].

Сенсibiliзація вегетативної нервової системи підвищує чутливість до симпатичної стимуляції, а зміни еферентних сигналів можуть спричинити дисфункцію органів. У соматичних тканинах це проявляється трофічними змінами, а в м'язах – гіпералгезією та тригерами точками [3, 14].

СПХТБ – це клінічний стан, який є результатом складної взаємодії фізіологічних і психологічних факторів [4, 13]. В основі розвитку СПХТБ лежать багато механізмів, основними з яких є:

- *інфекція*: хоча діагноз СПХТБ встановлюється при відсутності будь-якої інфекції, яку можна виявити, їй відводиться опосередкована роль у патогенезі. Наприклад, дослідження чоловіків із ХП / СХТБ продемонстрували вищу ймовірність попереднього уретриту, ніж у контрольній групі, що потенційно може свідчити про те, що первинна інфекція може призвести до хронічної запальної реакції, як це було продемонстровано на мишачій моделі простатиту [15];

- *запалення та автоімунна відповідь*: хронічне запалення спричиняє проліферацію гладких м'язів, що призводить до м'язового спазму і тазового болю. При периферичному або центральному запаленні та/або пошкодженні нервів також відбувається активація тучних клітин та утворення реактивних окиснювальних речовин, які можуть провокувати тазовий біль. За дослідженнями МАРР, клінічні прояви захворювання корелюють із підвищенням рівня різних запальних білків, як-от імуноглобуліну М (IgM), С3, інтерлейкіну-8 (IL-8), макрофагального запального білка 1α (MIP-1α), які можуть долати гематоенцефалічний бар'єр, зумовлюючи виникнення симптомів, пов'язаних із психічним здоров'ям у цих пацієнтів. Крім того, у чоловіків простатичні інтерстиціальні клітини Кахала посилюють синтез катехоламінів, додатково активуючи збуджувальну нейротрансмісію [3, 4, 13, 14, 16];

- *нейропатичний компонент*: захворювання хребта та будь-яка патологія вздовж шляху проходження відповідного нерва можуть призвести до розвитку нейропатичного болю. Пошкодження нервів можуть виникати внаслідок онкологічних захворювань, інфекцій, травм і хірургічних втручань [1]. Травма та/або защемлення соромітного нерва є найчастішою формою пошкодження нервів, що призводить до СХТБ [1, 17]. Залежно від місця пошкодження соромітного нерва у хворих може відрізнитися вираженість больового синдрому та супутніх симптомів, наприклад, чим дистальніше пошкодження, тим менша ймовірність залучення анальної ділянки до процесу [8]. Пошкодження нерва може відбуватися в різних анатомічних ділянках:

1. Грушоподібний м'яз (у деяких випадках соромітний нерв проходить через цей м'яз, і, якщо відбувається його гіпертрофія чи спазм, виникає пудендальна невралгія);
2. Крижово-остисті зв'язки;
3. Канал Алькока (медіально від внутрішнього затульного м'яза, у межах його фасції) [1].

За даними МАРР, сексуальна та несексуальна насильницька травма в дитинстві опосередковано пов'язана з підвищеною больовою чутливістю серед дорослих пацієнтів із СПХТБ [7]. Крім того, дослідження нейровізуалізації у хворих із цим синдромом показали мікроструктурні зміни в центральній нервовій системі, пов'язані із сенсорним сприйняттям, інтеграцією та модулюванням болю, що може посилювати чутливість до аферентних сигналів, спричиняти аномальні відчуття та хронічний біль. Пацієнти із СПХТБ мають нижчий рівень гамма-

аміномасляної кислоти й вищий рівень холіну, що може бути пов'язано зі зниженням гальмівної нейротрансмісії та симптомами негативного настрою [3, 13, 17, 18];

- *дисфункція тазового дна*: пацієнти із СПХТБ мають значно нижчу рухливість м'язів тазового дна з повним сечовим міхуром порівняно з особами без цього синдрому, що, своєю чергою, може зумовлювати виникнення болю через зміну напруги в підтримувальних зв'язках [3, 19]. Повторні або хронічні м'язові переваження можуть активувати тригерні точки тазового дна та прилеглих м'язів (черевних, сідничних і клубово-поперекових). Тригерні точки – це гіперчутливі ділянки в натягнутому м'язовому поясі, які перешкоджають повному розтягненню м'язів і обмежують діапазон рухів. Біль посилюється при натисканні на тригерні точки або тривалому/повторюваному скороченні м'язів тазового дна, наприклад, при випорожненні або дефекації. Крім того, дисфункція тазового дна асоціюється з тривогою та сексуальними порушеннями, що може бути як причиною, так і наслідком СПХТБ [3, 20, 21].

Клінічна картина

Попри те що якість життя пацієнтів із СПХТБ може бути гіршою, ніж у хворих із термінальною стадією ниркової недостатності, непропорційно мала кількість пацієнтів озвучує свої скарги [3]. Хворі часто утримуються від обговорення симптомів зі своїм лікарем через низку психологічних і соціальних причин. Нестабільний характер СПХТБ та непередбачуваність симптомів ще більше заважають багатьом пацієнтам чітко описати своє захворювання [22–24].

За визначенням EAU, діагноз СПХТБ підтверджується, коли тазовий біль із супутніми симптомами або без них спостерігається щонайменше протягом 3 з останніх 6 міс., і при цьому не може бути виявлено клінічного зв'язку з інфекцією або будь-якою іншою патологією [1, 3, 25].

Тазовий біль у пацієнтів із СПХТБ може бути спровокованим або спонтанним і мати різну локалізацію, іррадіацію, характер та особливості. Щодо локалізації біль може бути ректальним, надлобковим, пахвинним, промежинним, уретральним та іррадіювати в пеніс/клітор, спину, сідниці, стегна. Він може виникати як гостро, так і розвиватися поступово. За тривалістю він може бути епізодичним, циклічним або тривалим. Пацієнти описують біль як ниючий, пекучий, колючий або електричний [1].

Окрім тазового болю, у пацієнтів спостерігаються й інші симптоми. Для фенотипічної класифікації добре зарекомендувала себе так звана схема UPOINTS, яка включає 7 доменів [1, 3]:

- *U (urinary)* – СНСШ;
- *P (psychology)* – психосоціальна дисфункція;
- *O (organ specific)* – органоспецифічні знахідки;
- *I (infection)* – інфекція;
- *N (neurological)* – неврологічна патологія;
- *T (tender muscle)* – болючість м'язів;
- *S (sexological)* – сексуальна дисфункція.

Урологічні симптоми найчастіше супроводжують ХТБ. Особливо часто СНСШ спостерігаються у чоловіків,

що пояснюється тим, що СХТБ, як і гістологічне запалення, потенційно слугує джерелом секреції хемокинів у ПЗ, які після зв'язування з відповідними рецепторами можуть стимулювати шляхи передачі сигналу про проліферацію клітин і, таким чином, зумовлювати виникнення СНСШ [25, 26]. Найчастіше у пацієнтів із СПХТБ спостерігаються такі урологічні симптоми: полакіурія, сильні невідкладні позиви до сечовипускання, ніктурія, дизурія, ургентне нетримання сечі та утруднене сечовипускання (затримка сечі, слабкий струмінь сечі, неповне випорожнення сечового міхура, парадоксальна ішурія) [26–30].

Психосоціальна дисфункція проявляється тривогою через біль або передбачувану причину болю, катастрофічним мисленням, депресією, симптомами посттравматичного стресового розладу (повторне переживання або уникнення проблеми) [1, 30].

Окрім урологічних симптомів, у пацієнтів можуть спостерігатися прояви порушень інших систем організму. З боку шлунково-кишкового тракту можуть виникати діарея, закрепи, здуття живота. Серед неврологічних симптомів найчастіше виявляються: дизестезія, гіперестезія, алодинія та гіпералгезія. До того ж у хворих із СХТБ можуть виникати фасцикуляції м'язів і трофічні зміни шкіри. Для жінок характерним є порушення менструального циклу або рання менопауза [1, 3, 32].

Порушення сексуальної функції проявляються диспареунією, сексуальним уникненням, посторгазмічним болем у жінок, а у чоловіків – еректильною або еякуляторною дисфункціями [1, 3].

Діагностика

СПХТБ є діагнозом виключення, який встановлюється на основі анамнестичних даних про хронічний біль у тазовій області, що супроводжується порушенням інших систем організму. Лабораторні та інструментальні дослідження використовуються з метою виключення органічної причини болю [1, 33, 34].

Біль є найпоширенішою скаргою при СПХТБ, тому з анамнезу необхідно дізнатися про його локалізацію, іррадіацію, характер, час виникнення, супроводжувальні симптоми тощо [1]. Також слід зрозуміти, чи не пов'язаний цей біль із вже наявною патологією. Для майбутньої оцінки результатів лікування рекомендується провести суб'єктивне оцінювання болю пацієнтом [35, 36]. Найбільш надійними методами є:

5-бальна вербальна шкала (відсутній, легкий, помірний, сильний, дуже сильний біль); візуально-аналогова шкала з оцінкою від 1 до 10 балів; 11-бальна цифрова шкала (де 0 – це відсутність болю, а 10 – екстремальний біль) [1, 36].

Для фенотипізації стану пацієнта важливо дізнатися про функцію всіх тазових органів, сексуальну функцію і психосоціальний стан, тому подальше опитування проводиться за схемою UPOINTS з оцінюванням порушень інших систем організму (табл. 2) [1].

Для оцінки сексуальної дисфункції у чоловіків використовують спеціальні анкети Міжнародного індексу еректильної функції (International Index of Erectile Function) та Діагностичного тесту передчасної еякуляції (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) [37–39]. Для визначення жіночої сексуальної функції використовують опитувальник Шкали жіночої сексуальної функції (The Female Sexual Function Index), який охоплює ключові аспекти сексуальної функції у жінок, включаючи бажання, суб'єктивне збудження, оргазм, задоволення і біль [37, 40].

З метою оцінки психосоціальної дисфункції не рекомендується використовувати опитувальники тривожності, оскільки тривога у цієї когорти пацієнтів найчастіше пов'язана зі страхом пропущеної патології (особливо раку) або невизначеністю щодо лікування і прогнозу. Депресія або пригнічений настрій є поширеним явищем при хронічному болю [37].

Не існує специфічних ознак при огляді й фізикальному обстеженні у пацієнтів із СПХТБ, тому вони направлені на ідентифікацію та виключення конкретних захворювань, пов'язаних із тазовим болем [1, 13]. Насамперед необхідно провести обстеження живота і таза для виключення органічної тазової патології, а також для виявлення тригерних точок. Важливо звернути увагу на порушення функції м'язів. Огляд зовнішніх статевих органів є частиною обстеження. У пацієнтів із болем у калитці проводиться обережна пальпація кожної структури калитки для пошуку утворень і болючих місць. Статевий член пальпується аналогічним чином. Багато авторів рекомендують оцінювати шкірну алодинію вздовж дерматомів живота (Th11-L1) та промежини (S3), а також фіксувати ступінь болючості. Бульбо-кавернозний рефлекс у чоловіків також може надати корисну інформацію щодо інтактності соромітного нерва [1].

Таблиця 2

Фенотипування ХТБ – UPOINTS-класифікація [1]

Фенотипування	Оцінка
U (urinary)	Сечовипускання, щоденник сечовипускань, цистоскопія, ультразвукове дослідження, урофлоуметрія
P (psychology)	Занепокоєння через біль, депресія, втрата функцій, негативний сексуальний досвід в анамнезі
O (organ specific)	Гінекологічні, шлунково-кишкові скарги; гінекологічний огляд, ректальне дослідження
I (infection)	Посів сперми та сечі, мазок із піхви, посів калу
N (neurological)	Неврологічні скарги (втрата чутливості, дизестезія). Неврологічне тестування під час фізикального обстеження: сенсорні проблеми, крижові рефлексі та м'язова функція
T (tender muscle)	Пальпація м'язів тазового дна, м'язів живота й сідничних м'язів
S (sexological)	Еректильна та еякуляторна функції, посторгазмічний біль

Ректальне обстеження проводиться для виявлення патології ПЗ у чоловіків, включно з її боєм при пальпації, а також для обстеження прямої кишки й м'язів тазового дна щодо їх функції, болючості та тригерних точок. При клінічному огляді періанальний дерматит може бути виявлений як ознака нетримання калу або діареї [13]. Тріщини анального каналу можна легко не помітити, тому їх слід ретельно виявляти у пацієнтів з анальним боєм. Ректальне пальцеве дослідження може виявити високий або низький тиск анального сфінктера у стані спокою та болючість лобково-прямокишкового м'яза у пацієнтів із синдромом спастичного тазового дна. Болючість під час задньої тракції лобково-прямокишкового м'яза дозволяє відрізнити синдром спастичного тазового дна від неуточненого функціонального аноректального болю і використовувється в більшості досліджень як основний критерій включення. Парадоксальне скорочення тазових м'язів при напруженні під час дефекації – часта знахідка у пацієнтів із тазовим боєм. У жінок проводиться комбіноване ректально-вагінальне обстеження для діагностики випадіння органів малого таза [1, 4, 13].

Окрім місцевого огляду, невід'ємною частиною обстеження слід вважати загальну діагностику опорно-рухового апарату й неврологічне обстеження. Повна клінічна оцінка стану кістково-м'язової, нервової та сечостатевої систем необхідна для діагностики пудендальної невралгії. Часто при пудендальній невралгії виявляється небагато змін, і знахідки є неспецифічними. Основними патогномонічними ознаками є ураження нерва у відповідному неврологічному відділі, наприклад, алодинія або оніміння [1].

Лабораторні та інструментальні обстеження слід проводити згідно з відповідними настановами, щоб виключити захворювання з відомою етіологією, які проявляються симптомами, ідентичними до симптомів СПХТБ [37].

Лікування

Ведення пацієнтів із СПХТБ базується на біопсихосоціальної моделі з активним залученням хворого, оскільки

забезпечення належного інформування та усвідомлення пацієнтом власного стану покращує прихильність до лікування (рисунок) [37]. Терапія СПХТБ вимагає комплексного підходу, що включає біологічні, психологічні й соціальні компоненти та ґрунтується на консервативних, медикаментозних і оперативних методах [1].

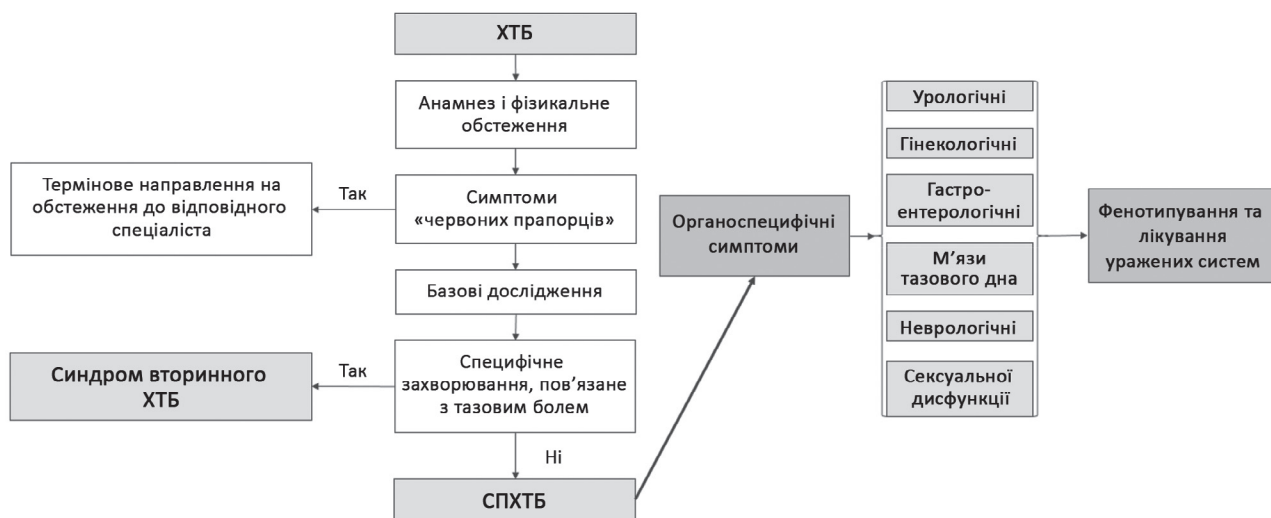
Консервативне лікування

Немедикаментозне лікування включає дієтотерапію, фізіотерапію та психологічну допомогу.

При СПХТБ дієтичні обмеження самі по собі не забезпечують полегшення, але ЕАУ розглядає залучення дієтолога в окремих випадках [1]. Відомі також дані українських вчених щодо користі від застосування дієтичних рекомендацій [41].

У більшості досліджень, присвячених вивченню впливу фізіотерапії на тазовий біль, вплив на м'язи тазового дна є лише частиною лікування ХТБ [1]. Пацієнти із СХТБ часто мають дисфункцію м'язів тазового дна. Фізіотерапевти можуть або специфічно лікувати патологію м'язів, або лікувати міофасціальний біль, якщо він є частиною больового синдрому [1, 37]. Техніки розслаблення можуть зменшити надмірну активність тазового дна і допомогти перервати цикл «біль – спазм – біль» [36]. Лікування міофасціальних тригерних точок здійснюють за допомогою мануальної терапії, сухого та мокрого голковколювання, але немає доказів того, що мануальні техніки є більш ефективними, ніж відсутність лікування [42]. До інших методів фізіотерапії, що використовуються в лікуванні СПХТБ, належать електромагнітна терапія, мікрохвильова термометрія, екстракорпоральна ударно-хвильова терапія та акупунктура [1].

Раннє виявлення і лікування психологічних симптомів, зокрема депресії та тривоги, може полегшити біль і зменшити страждання пацієнтів [37, 43]. Додатковою психологічною змінною, яка часто відмічається серед пацієнтів із хронічним боєм, є соматизація, яка описується як розлад, при якому пацієнт скаржиться на низьку соматичних симптомів без органічних ознак патології. Ці симптоми з'являються внаслідок психологічних



Ведення пацієнтів із ХТБ [36]

Примітки: ХТБ – хронічний тазовий біль; СПХТБ – синдром первинного ХТБ.

проблем і також характеризуються болем [9]. Психологічні програми можуть зменшувати вплив болю або допомагати пристосуватися до нього, покращуючи настрій та якість життя хворих. Систематичний огляд продемонстрував короткострокову ефективність психологічного лікування тазового болю порівняно з фармакотерапією, але без довготривалих результатів [1].

Медикаментозне лікування

Більшість препаратів, досліджених у пацієнтів із СХТБ, показала добрі короткострокові результати, але лише деякі з них мали довгострокові ефекти [9]. Медикаментозна терапія складається з лікування больового синдрому та супутніх симптомів.

У небагатьох дослідженнях вивчалися лікарські засоби для лікування больового синдрому при СХТБ, тому докази щодо фармакотерапії базуються на даних щодо загального хронічного болю [37]. У ролі анальгетиків для купірування болю використовують такі групи препаратів: парацетамол, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), нейромодулятори, антидепресанти, протисудомні препарати, опіоїди та канабіоїди [1, 44].

Парацетамол – жарознижувальний анальгетик із центральним механізмом дії, який добре переноситься і характеризується невеликою кількістю побічних ефектів, але в огляді EAU ставиться під сумнів його рутинне застосування, як препарату першої лінії при СПХТБ [1, 37].

НПЗП – протизапальні, жарознижувальні анальгетики периферичної дії, які діють шляхом інгібування ферменту циклооксигенази. Докази їхньої користі при ХТБ є слабкими або відсутніми й часто їх використання обмежується побічними ефектами: розлади травлення, головний біль і сонливість. При тазовому болю, в якому важливу роль відіграють запальні процеси, як-от дисменорея, НПЗП є більш ефективними, ніж парацетамол [1].

Нейромодулятори застосовуються для полегшення нейропатичного або центрально-опосередкованого болю. Докази щодо лікування СПХТБ відсутні, але є дані щодо ефективності лікування інших больових станів [1]. Існує кілька класів препаратів, які широко використовуються в медицині болю з визнаними перевагами, їх приймають на регулярній основі, і всі вони мають побічні ефекти, які можуть обмежити їх застосування й потенційно викликати залежність [35].

Антидепресанти чинять анксиолітичні ефекти з декількома механізмами дії, включно з блокадою ацетилхолінових рецепторів, пригніченням зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну, а також блокадою Н1-гістамінових рецепторів [36]. Їх застосування часто обмежені побічними ефектами та розвитком толерантності [1]. Трициклічні антидепресанти мають довгу історію застосування в медицині болю і були предметом Кокранівського огляду, що свідчить про їхню ефективність при нейропатичному болю [1, 37]. Серед них найчастіше використовують амітриптилін, нортриптилін та іміпрамін [35].

Як і антидепресанти, протисудомні препарати широко використовуються для лікування нейропатичного болю [45]. Карбамазепін має доказову базу щодо застосування при СПХТБ, проте воно обмежене через потенційно серйозні побічні ефекти [1].

Опіоїди можуть бути корисними при лікуванні хронічного неонкологічного болю, але вони чинять шкідливий вплив на ендокринну та імунну системи. Крім того, за даними останніх досліджень, при застосуванні цих препаратів у хворих розвивається гіпералгезія, при якій пацієнти, що приймають опіоїди, парадоксальним чином стають більш чутливими до больових подразників, що робить їх рутинне застосування неефективним та створює «патологічне коло» [37].

Останнім часом зростає інтерес до використання канабіоїдів у медичних цілях, але наразі немає доказової бази щодо їх ефективності [1].

Для зменшення вираженості больового синдрому також використовують нервові блокади.

Подальше медикаментозне лікування СПХТБ залежить від системи, яка уражується. За даними EAU, однією зі стратегій покращення ефекту лікування є використання фенотипово спрямованої терапії пацієнтів (табл. 3) [31]. Проспективна серія досліджень показала значне поліпшення симптомів у хворих [1, 46].

Хірургічне лікування

Хірургічне втручання є останнім методом лікування, коли традиційні методи виявилися неефективними. Під час деяких операцій хворим із СХТБ руйнують нерви сечового міхура або ж імплантують електроди, які стимулюють нервові корінці. Таке лікування, як і в разі інших хронічних захворювань, забезпечує лише

Таблиця 3

Діагностичні критерії та лікування відповідно до UPOINT-класифікації [47]

Фенотипування	Діагностичні критерії	Можливе лікування
U (urinary)	СНСШ або обструктивні симптоми	α-блокатори; антагоністи мускаринових рецепторів; інгібітори 5α-редуктази
P (psychology)	Клінічна депресія; катастрофічна безпорадність	Психологічна або психіатрична консультація; когнітивно-поведінкова терапія
O (organ specific)	Болючість ПЗ; поява симптомів при дефекації	Кверцетин
I (infection)	Позитивні посіви за відсутності ІСШ	Антибіотики
N (neurological)	Неврологічний/системний біль поза тазом; нейропатичний біль	Нейромодулювальна терапія; акупунктура
T (tender muscle)	Болючість та дисфункція тазового дна; м'язові тригерні точки в тазі/животі	Фізіотерапія; міофасціальне розслаблення; ін'єкційна терапія

Примітки: СНСШ – симптоми нижніх сечових шляхів; ПЗ – передміхурова залоза; ІСШ – інфекції сечових шляхів.

часткове розв'язання проблеми й не ґрунтується на емпіричних рекомендаціях. Жінкам із СПХТБ іноді пропонують вестибулектомію, під час якої видаляють слизову оболонку піхви, дівочу плівку та деякі залози в цій ділянці [1, 9, 47].

ВИСНОВКИ

На відміну від хронічних больових синдромів іншої локалізації СХТБ внаслідок особливостей будови,

функцій та іннервації органів малого таза характеризується низкою своєрідних механізмів розвитку. Для його ефективного лікування доцільним є застосування мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів з обов'язковим залученням до проблеми неврологів, мануальних терапевтів, психіатрів і психотерапевтів, урологів, гінекологів, проктологів, а також проведення масштабніших всебічних досліджень пацієнтів із цією патологією, заснованих на доказовій базі.

Відомості про авторів

Нікітін Олег Дмитрович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (067) 209-42-22. E-mail: o.nikitin@i.ua

ORCID: 0000-0002-6563-7008

Головко Сергій Вікторович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (067) 633-80-03. E-mail: sgoluro@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9479-2675

Самчук Павло Олександрович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (097) 951-86-75. E-mail: doctorspa@ukr.net

ORCID: 0000-0001-6164-8634

Сич Володимир Ігорович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (050) 734-96-92. E-mail: sych2077@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3820-110X

Ясинецький Микола Олександрович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (097) 606-69-97. E-mail: yasinetskiy.nick@ukr.net

ORCID: 0000-0002-4426-1769

Трепет Ганна Сергіївна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (097) 139-21-72. E-mail: anna.trepet12@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8300-7117

Красюк Олексій Юрійович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (063) 754-52-24. E-mail: krasjuk778@gmail.com

ORCID: 0009-0004-3737-2796

Information about the authors

Nikitin Oleh D. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (067) 209-42-22. E-mail: o.nikitin@i.ua

ORCID: 0000-0002-6563-7008

Golovko Sergii V. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (067) 633-80-03. E-mail: sgoluro@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9479-2675

Samchuk Pavlo O. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (097) 951-86-75. E-mail: doctorspa@ukr.net

ORCID: 0000-0001-6164-8634

Sych Volodymyr I. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (050) 734-96-92. E-mail: sych2077@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3820-110X

Yasynetskiy Mykola O. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (097) 606-69-97. E-mail: yasinetskiy.nick@ukr.net

ORCID: 0000-0002-4426-1769

Trepet Hanna S. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (097) 139-21-72. E-mail: anna.trepet12@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8300-7117

Krasiuk Oleksii Yu. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (063) 754-52-24. E-mail: krasjuk778@gmail.com

ORCID: 0009-0004-3737-2796

ПОСИЛАННЯ

- Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Birch J, Borovicka J, Cottrell AM, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain [Internet]. Arnhem (The Netherlands): EAU; 2024. 86 p. Available from: <https://d56bochluxqzn.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2024.pdf>.
- Hallencreutz GH, Nordgren B, Renström KL. Long-term effects of pelvic floor training in male chronic pelvic pain, correlation between subjective and objective outcomes: A study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2024;14(11):e087620. doi: 10.1136/bmjopen-2024-087620.
- Adamian L, Urts I, Orhuru V, Hoyt D, Driessen R, Freeman JA, et al. A comprehensive review of the diagnosis, treatment, and management of urologic chronic pelvic pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2020;24(6):27. doi: 10.1007/s11916-020-00857-9.
- World Health Organization. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
- Magistro G, Wagenlehner FME, Pilatz A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urologie*. 2023;62(6):590-6. doi: 10.1007/s00120-023-02089-2.
- Barker ES, Chiu K, Brown VL, Morisy H, Yaeger LH, Catna A, et al. Urologic chronic pelvic pain syndrome flares: A comprehensive, systematic review and meta-analysis of the peer-reviewed flare literature. *J Urol*. 2024;211(3):341-53. doi: 10.1097/JU.0000000000003820.
- Clemens JQ, Mullins C, Ackerman AL, Bavendam T, van Bokhoven A, Ellingson BM, et al. Urologic chronic pelvic pain syndrome: Insights from the MAPP Research Network. *Nat Rev Urol*. 2019;16(3):187-200. doi: 10.1038/s41585-018-0135-5.
- Hu JC, Tzeng HT, Lee WC, Li JR, Chuang YC. Promising experimental treatment in animal models and human studies of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Int J Mol Sci*. 2024;25(15):8015. doi: 10.3390/ijms25158015.
- Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3005. doi: 10.3390/ijerph17093005.
- Pierce J, Harte SE, Afari N, Bradley CS, Griffith JW, Kim J, et al. Mediators of the association between childhood trauma and pain sensitivity in adulthood: a Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network analysis. *Pain*. 2023;164(9):1995-2008. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002895.

11. Afari N, Buchwald D, Clauw D, Hong B, Hou X, Krieger JN, et al. A MAPP network case-control study of urological chronic pelvic pain compared with nonurological pain conditions. Clin J Pain. 2020;36(1):8-15. doi: 10.1097/AJP.0000000000000769.
12. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Birch J, Borovicka J, Cottrell AM, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022 [Internet]. Arnhem (The Netherlands): EAU; 2022. Available from: <https://d56bochlqxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2022-03-29-084111.kpbq.pdf>.
13. Franz J, Kieselbach K, Lahmann C, Gratzke C, Miernik A. Chronic primary pelvic pain syndrome in men. Dtsch Arztebl Int. 2023;120(29-30):508-18. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0036.
14. Xu Z, Zou C, Guo M, Bian H, Zhao W, Wang J. Metastasis-associated protein 1 (MTA1) regulates the catecholamine production homeostasis via transcriptional repression of aromatic l-amino acid decarboxylase (Aadc) in the interstitial cells of Cajal of mouse prostate. Biochem Biophys Res Commun. 2020;528(4):732-9. doi: 10.1016/j.bbrc.2020.05.125.
15. Pena VN, Engel N, Gabrielson AT, Rabinowitz MJ, Herati AS. Diagnostic and management strategies for patients with chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. Drugs Aging. 2021;38(10):845-86. doi: 10.1007/s40266-021-00890-2.
16. Zhao Q, Yang F, Meng L, Chen D, Wang M, Lu X, et al. Lycopene attenuates chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome by inhibiting oxidative stress and inflammation via the interaction of NF- κ B, MAPKs, and Nrf2 signaling pathways in rats. Andrology. 2020;8(3):747-55. doi: 10.1111/andr.12747.
17. Lam JC, Stokes W. Acute and chronic prostatitis. Am Fam Physician. 2024;110(1):45-51.
18. Shi JY, Paredes Mogica JA, De EJB. Non-surgical management of chronic pelvic pain in females. Current Urol Rep. 2022;23(10):245-54. doi: 10.1007/s11934-022-01110-z.
19. Gupta P, Gallop R, Spitznagle T, Lai H, Tu F, Krieger JN, et al. Is pelvic floor muscle tenderness a distinct urologic chronic pelvic pain syndrome phenotype? Findings from the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain research network symptom pattern study. J Urol. 2022;208(2):341-9. doi: 10.1097/JU.0000000000002679.
20. Jo JK, Kim YT. The diagnosis of chronic pelvic pain: How can we detect urological pain? Int Neurourol J. 2022;26(2):87-91. doi: 10.5213/inj.2142116.058.
21. Crocetto F, Coppola N, Barone B, Leuci S, Imbimbo C, Mignogna MD. The association between burning mouth syndrome and urologic chronic pelvic pain syndrome: A case-control study. J Oral Pathol Med. 2020;49(8):829-34. doi: 10.1111/jop.13097.
22. Zarur S, Danielsson L. Experiences of pain debut and healthcare received in men with chronic pelvic pain syndrome. BMC Urol. 2023;23(1):108. doi: 10.1186/s12894-023-01276-9.
23. Vahlensieck W. Interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS). Urologie. 2023;62(6):582-9. doi: 10.1007/s00120-023-02080-x.
24. Cai T, Alidjanov J, Palagin I, Medina-Polo J, Nickel JC, Wagenlehner FME. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): look to the future. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2024;27(2):239-41. doi: 10.1038/s41391-023-00645-7.
25. Gutiérrez-Ruiz C, Franco-de-Castro A, Gil-Ugarteburu R, Casado-Varela J, Martínez-Barea V, Valero-Fernández EM, et al. UPOINT phenotypic classification of a sample of female patients with bladder pain syndrome: Results of a national multicentric observational study. Arch Esp Urol. 2021;74(4):369-82.
26. Bryk DJ, Shoskes DA. Using the UPOINT system to manage men with chronic pelvic pain syndrome. Arab J Urol. 2021;19(3):387-93. doi: 10.1080/2090598X.2021.1955546.
27. Ichihara K, Takahashi S, Hiyama Y, Masumori N, Nagae H, Ito S, et al. Distribution of the positive UPOINT domain in patients with chronic prostatitis or chronic pelvic pain syndrome: A multicenter observational study. J Infect Chemother. 2022;28(5):631-4. doi: 10.1016/j.jiac.2022.01.005.
28. Beland L, Martin C, Han JS. Lower urinary tract symptoms in young men-causes and management. Curr Urol Rep. 2022;23(2):29-37. doi: 10.1007/s11934-022-01087-9.
29. Chess-Williams R, McDermott C, Sellers DJ, West EG, Mills KA. Chronic psychological stress and lower urinary tract symptoms. Low Urin Tract Symptoms. 2021;13(4):414-24. doi: 10.1111/luts.12395.
30. Ueberoi P, Smith CA, Lucioni A. Management of lower urinary tract symptoms after prostate radiation. Curr Urol Rep. 2021;22(7):37. doi: 10.1007/s11934-021-01048-8.
31. Gravas S, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Karavitakis M, Kyriazis I, et al. Summary Paper on the 2023 European Association of Urology Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms. Eur Urol. 2023;84(2):207-22. doi: 10.1016/j.eururo.2023.04.008.
32. Nambiar AK, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Costantini E, de Heide M, et al. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms. Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. Eur Urol. 2022;82(1):49-59. doi: 10.1016/j.eururo.2022.01.045.
33. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic pelvic pain in women: a review. JAMA. 2021;325(23):2381-91. doi: 10.1001/jama.2021.2631.
34. Khalife T, Hagen AM, Alm JEC. Retropubic Causes of Genitourinary Pain Syndromes: Systematic Approach to Evaluation and Management. Sex Med Rev. 2022;10(4):529-42. doi: 10.1016/j.sxmr.2022.06.009.
35. Gish B, Langford B, Sobey C, Singh C, Abdullah N, Walker J, et al. Neuromodulation for the management of chronic pelvic pain syndromes: A systematic review. Pain Pract. 2024;24(2):321-40. doi: 10.1111/papr.13295.
36. Bittelbrunn CC, de Fraga R, Martins C, Romano R, Massaneiro T, Mello GVP, et al. Pelvic floor physical therapy and mindfulness: Approaches for chronic pelvic pain in women – a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2023;307(3):663-72. doi: 10.1007/s00404-022-06514-3.
37. Parsons BA, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. Management of chronic primary pelvic pain syndromes. BJU Int. 2022;129(5):572-81. doi: 10.1111/bju.15609.
38. Vickers AJ, Tin AL, Singh K, Dunn RL, Mulhall J. Updating the International Index of Erectile Function: Evaluation of a Large Clinical Data Set. J Sex Med. 2020;17(1):126-32. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.10.020.
39. Vallejo-Medina P, Safón PJ, Álvarez-Muelas A. Translation, adaptation, and clinical validation of the Premature Ejaculation Diagnostic Tool in Spanish (Colombia). Sex Med. 2023;11(1):qfac017. doi: 10.1093/sexmed/qfac017.
40. Schütze S, Heinloth M, Uhde M, Schütze J, Hüner B, Janni W, et al. The effect of pelvic floor muscle training on pelvic floor function and sexuality postpartum. A randomized study including 300 primiparous. Arch Gynecol Obstet. 2022;306(3):785-93. doi: 10.1007/s00404-022-06542-z.
41. Nurimanov K. Metabolic aspects of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Health Man. 2024;3(3):68-72. doi: 10.30841/2786-7323.3.2024.316664.
42. Dal Farra F, Aquino A, Tarantino AG, Origo D. Effectiveness of myofascial manual therapies in chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2022;33(11):2963-76. doi: 10.1007/s00192-022-05173-x.
43. Basile A, Failla G, Gozzo C. Pelvic Congestion Syndrome. Semin Ultrasound CT MR. 2021;42(1):3-12. doi: 10.1053/j.sult.2020.07.001.
44. Li SL, Lu GG, Zhao YB, Gong MS, Ma X, Zhao YQ, et al. Research progress in treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with traditional Chinese medicine. China J Chinese Materia Medica. 2024;49(10):2648-53. doi: 10.19540/j.cnki.cjcm.20240211.501.
45. Franco JVA, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Tirapegui FI, et al. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A Cochrane systematic review. BJU Int. 2020;125(4):490-6. doi: 10.1111/bju.14988.
46. Hyun Song P. UPOINT System: A Diagnostic/Therapeutic Algorithm for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Urogen Tract Infect. 2020;15(2):27-32. doi: 10.14777/uti.2020.15.2.27.
47. Qin Z, Zhang C, Wei X, Cui J, Yu Y, Pang R, et al. Comparative efficacy of non-pharmacological management for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and network meta-analysis protocol. BMJ Open. 2024;14(12):e088848. doi: 10.1136/bmjopen-2024-088848.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2025. – Дата першого рішення 20.11.2025. – Стаття подана до друку 12.12.2025