

# Хронічний біль у тазовій області: диференційна діагностика та особливості лікування

**12-14 вересня у м. Одесі відбулася IX Міжнародна конференція «Нейросимпозіум», що охоплювала питання сучасної діагностики та лікування нервових і нервово-м'язових захворювань, нейропротекції, знеболення за умов хронічної алгії тощо. У заході взяли участь провідні невропатологи та суміжні спеціалісти з України і європейських держав.**



У рамках секції, присвяченої патологічним станам хребта, **завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук Михайло Орос** представив доповідь «Хронічний біль у тазі та м'язи, суглоби, нерви: де причина?».

Хронічний тазовий біль (ХТБ) – один з найпоширеніших розладів серед дівчат підліткового віку і загалом серед осіб жіночої статі, з цією проблемою вони часто звертаються до лікарів первинної ланки. За статистичними даними, у 14,7% жінок спостерігається біль у тазі, причому в 61% з них точний діагноз встановити не вдається. Приблизно у 12% випадків причиною тазового болю є патологічні стани м'язово-скелетного походження. При оцінці ХТБ важливо врахувати всі параметри болю: його інтенсивність, де саме і коли саме він виникає, чим провокується та знімається і т. ін.

Основними причинами болю в тазі є патологічні стани шлунково-кишкового тракту і сечостатевої системи, а також неврологічні та м'язово-скелетні розлади. Крім того, можлива соматизація психологічних порушень, що іноді проявляється синдромом ХТБ. Слід відзначити, що можливе поєднання кількох причин, наприклад, ендометріоз і порушення постави – надзвичайно поширена в наш час комбінація.

Консультуючи пацієнта з ХТБ, кожен з вузьких спеціалістів знаходить проблему у своїй сфері: гінекологи – ендометріоз, неврологи – радикулопатії чи міофасціальний синдром (МФС), гастроентерологи – коліт чи сигмоїдит, урологи – порушення роботи сечового міхура тощо. У сумнівних випадках домінуючою лікарською тактикою є призначення симптоматичних засобів, здебільшого нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Цей підхід не завжди забезпечує відчутне покращення, оскільки НПВП не впливають на причинний фактор. Подібні реалії обумовлюють необхідність ретельної діагностики.

Основними обстеженнями для пацієнтів з ХТБ є бімануальна пальпація (трансвагінальна або трансректальна), електроміографія, ультразвукове дослідження судин черевної порожнини, мікробіологічне дослідження кишкової мікрофлори, комп'ютерна томографія ділянки таза. Бімануальне дослідження дозволяє виявити болючість і напруженість м'язів, тобто основних ознак кістково-м'язової дисфункції, що спостерігається в 3,5-24% жінок вікової групи 15-70 років. Однак жодний діагностичний тест не є золотим стандартом для диференційної діагностики ХТБ. Наприклад, симптом Ласега однозначно свідчить про радикулопатію, а для тазових розладів патогномічних ознак не існує.

Комплекс симптомів, пов'язаних з ХТБ, включає вульводинію, диспареунію та ниючі болі в надлобковій ділянці, які є частим дебютом міофасціального синдрому (МФС) після перенесених інфекцій сечових шляхів чи оперативних втручань. У такому випадку поширеною тактикою є призначення антибактеріальних препаратів, що,

проте, не завжди супроводжується зменшенням алгії. Взагалі, урологічні розлади часто спостерігаються паралельно з порушенням роботи м'язового апарату: дисфункція м'язів має місце у 50-85% пацієнтів з болем у ділянці таза.

Що стосується МФС, наразі його діагностичні ознаки чітко встановлені. Великими критеріями МФС є скарги на локальний чи регіонарний біль, обмеження об'єму рухів, наявність ущільнення (тяжу) в ураженому м'язі, а також тригерної точки (ділянки підвищеної чутливості); характерна для цього м'яза зона відображеного болю. Малими критеріями є відтворення болю при стимуляції тригерної точки, реакція на її пальпацію, зменшення болю при розтягненні ураженого м'яза.

Що стосується часу виникнення болю, нічні болі характерні для пацієнтів з інфекційною чи онкологічною патологією. На відміну від цього в осіб з колагенозами, МФС, дисфункціями суглобів біль переважно виникає зранку, коли розпочинається рухова активність. При цьому в останньому випадку різною є тривалість болю: в межах 30 хв при суглобових порушеннях та МФС і близько 2-3 год в разі колагенозу.

Важливим аспектом у виникненні та хронізації тазового болю є постава, зокрема кут нахилу таза стосовно хребта. Певні кути здатні спричинити гіпертонію тазових м'язів та пов'язаний із цим біль, що зумовлює важливість ретельного огляду пацієнта з ХТБ. МФС зазвичай є асиметричними, тому супроводжуються перекосом таза. Щоб виявити це відхилення, слід звернути увагу на симетричність верхніх задніх клубових остей (spina iliaca superior posterior) і так званих ямочок Венери. За умов подібного перекосу виникає асиметрія рухів з подальшим порушенням біомеханіки таза.

Тригерні точки знаходяться у 30-70% хворих з болем у тазі. Доповідач нагадав аудиторії, що тригерна точка – це не просто болюча місце: її стимуляція має викликати біль з іррадіацією у весь уражений м'яз. Крім того, при пальпації тригерна точка відчущується як ділянка локального гіпертоonusу або місцеве ущільнення.

МФС одного м'яза зустрічається вкрай рідко. Переважно при ХТБ виявляються поєднані розлади функціонування кількох м'язів, найчастіше – м'яза, що випрямляє тулуб (m. erector trunci), м'язів куприка та сідниці; при дисфункції кульшових суглобів – середнього сідничного м'яза (m. gluteus medius).

Розлади функціонування мускулатури тісно межують з урологічною патологією. Так, порушення роботи сечового міхура (нетримання сечі, ургентні позиви до сечовипускання) часто є наслідком дисфункції м'язів черевної стінки, в тому числі діастазу прямих м'язів живота. У нормі ширина білої лінії становить 0,5-2,5 см, збільшення цього показника понад верхню межу є ознакою діастазу. Найчастіше причинами діастазу прямих м'язів живота стають надмірно активні заняття спортом, у жінок – вагітність і пологи. За наявності вираженого діастазу м'язова дисфункція дедалі прогресує, в результаті чого з'являються більші симптоми. Результативним лікуванням діастазу є відповідні фізичні вправи, в разі їх неефективності виконують хірургічне втручання.

Далі М.М. Орос детально зупинився на методиці пальпації м'язів, коректне застосування якої забезпечує точне визначення локалізації порушення. Зокрема, для пальпації прямого м'яза живота пацієнту треба, лежачи на спині, нахилити голову вперед. При такому маневрі цей м'яз напружується і стає доступним для ковзної пальпації. Своєю чергою, зовнішній косий м'яз живота пальпується при поворотах тулуба. Болі, пов'язані із цим м'язом, характеризуються іррадіацією в пах – типовим відчуттям для ниркової кольки, що призводить до частого помилкової діагностики сечокам'яної хвороби.

Підступною також є дисфункція внутрішнього запирального м'яза (m. obturatorius internus), оскільки болю в цьому м'язі властива іррадіація по задній поверхні стегна, що нагадує радикулопатію. Клубово-попереківий м'яз (m. iliopsoas), основною функцією якого є згинання стегна, пальпується в положенні пацієнта лежачи, з максимальним розслабленням животом. Дисфункція цього м'яза проявляється болем з іррадіацією в передню частину ноги. Необхідно також ретельно пропальпувати м'язи тазового дна, сідниць, куприка (per rectum). Порушення функціонування куприкових м'язів супроводжується місцевими болями в задній частині таза.

Пальпация m. levator ani при різких рухах зумовлює біль у 65% пацієнтів, тому її слід проводити

дуже обережно та із застосуванням експозиції, тобто поступово збільшуючи тиск.

При терапії МФС надзвичайно важливою є лікувальна фізкультура. Вправи, що супроводжуються розтягненням великого сідничного м'яза (m. gluteus maximus), використовуються у лікуванні куприкових болів. Для усунення дисфункції м'язів тазового дна слід перев'язати джгутом чи рушником коліна, а зусилля спрямувати на розведення їх у боки. При такій дисфункції сприятливий ефект мають також вправи з розтягненням чотириголового м'яза стегна. Важливо, що перед початком роботи з м'язами тулуба потрібно усунути діастаз прямих м'язів живота і дисфункцію тазових м'язів.

Поряд з лікувальною фізкультурою для терапії суглобового компонента ХТБ використовуються НПЗП, хондропротектори та фізіотерапія. Популярним засобом для лікування тазового болю є ацетамінофен, але з огляду на гепатотоксичність цей препарат застосовують усе рідше. Авторське дослідження доповідача продемонструвало ефективність тікоколікозиду в зменшенні болю, але недоліком цього засобу є неможливість тривалого застосування (максимально – 5 днів).

За рекомендаціями Європейської протиревматичної ліги (EULAR), при патології суглобів варто призначати хондропротектори. Протягом останніх 30-50 років ставлення наукової медичної спільноти до них періодично змінюється на прямо протилежне: у 1970-ті ці засоби вважалися панацеєю, на початку XXI ст. науковці схилилися до думки, що таке лікування не має доказової бази, а в наш час у великих клінічних дослідженнях доведено, що ці засоби справді дієві. Найвищий рівень доказовості властивий діасереїну, хондроїтинсульфату, глюкозаміну та поєднанню двох останніх (в ін'єкційній формі). Однак слід зазначити, що, хоча хондропротектори сповільнюють дегенеративні явища в опорно-руховому апараті, їхня дія поступова і розвивається тільки за умов тривалого застосування.

Частою причиною ХТБ є нейропатія. Для їх лікування застосовуються блокади, препарати кортикостероїдів, антиконвульсанти, антидепресанти. Провідним засобом для регенерації нервів є вітамін B<sub>12</sub> (метилкобаламін). На фармацевтичному ринку України метилкобаламін представлений, зокрема, препаратом Нейрокобал («Кусум Хелтхкер ПВТ ЛТД», Індія). Згідно з інструкцією Нейрокобал застосовується впродовж 30 днів, проте, оскільки нейрогенерация є досить тривалим процесом, слід розглянути необхідність призначення повторних курсів цього медикаменту. Діюча речовина препарату Нейрокобал – метилкобаламін – одна з активних форм вітаміну B<sub>12</sub>, необхідного для синтезу ядерного білка і мієліну, росту та репродукції клітин, повноцінного еритропоєзу. У порівнянні з іншими формами вітаміну B<sub>12</sub> (наприклад, із ціанкобаламіном) метилкобаламін краще транспортується в органели нейронів, що робить його більш ефективним у лікуванні захворювань нервової системи. Крім того, як кофермент метіонінсинтази метилкобаламін бере участь у перетворенні гомоцистеїну на S-аденозинметіонін – донатор метильних груп, що веде до утворення холіну. Метилкобаламін (Нейрокобал) сприяє відновленню аксонів та активує мієлінізацію нейронів шляхом посилення синтезу фосфоліпідів. Іншими сприятливими ефектами Нейрокобалу є відновлення уповільненої синаптичної передачі, нормалізація вмісту нейротрансмітерів, а також підвищення рівня тетрагідрофолату – активної форми фолієвої кислоти.

Крім фармакотерапевтичних методів, при МФС застосовуються релаксаційна терапія та психотерапія, які дозволяють досягти зменшення порогу больової чутливості, а також фізіотерапевтичні методи: ультразвук, діатермія тощо. Стосовно фізичних вправ доповідач зазначив, що дозована навантаження необхідне, оскільки воно стимулює укріплення кісткової тканини. Водночас пацієнтам з патологією суглобів слід уникати надмірного навантаження: наприклад, у пацієнтів з артрозом плавання має більше переваг, ніж ходьба.

Наприкінці М.М. Орос зауважив, що лікування МФС має бути фазовим: у перші 72 год після появи болю доречно застосовувати локальний холод та НПЗП, а далі слід провадити заходи планової терапії, як-от корекція м'язового дисбалансу, оперативне усунення патології суглобів або адаптація до ходьби за неможливості операції, лікувальна фізкультура, нейрогенерация за допомогою метилкобаламіну.

Підготувала **Лариса Стрільчук**



**НЕЙРОКОБАЛ**  
метилкобаламін 500 мкг

**БІЛЬШЕ НІЖ ЗВИЧАЙНІ ВІТАМІНИ  
ДЛЯ НЕРВІВ**

- Периферична нейропатія
- Нейропатичний біль
- Порушення пам'яті
- Розлади ритму сну та бадьорості
- Порушення зору



Виробник: Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД. Тел: 0944-493-62-62. [www.kusumhealthcare.com](http://www.kusumhealthcare.com)

Офіційний дистрибутор: ТОВ «Діагностика». Тел: 0944-493-62-62. [www.diagnostics.com.ua](http://www.diagnostics.com.ua)

НПЗП: Найбільш поширені НПЗП – це ібупрофен та парацетамол. Ібупрофен має вищу ефективність, але також і вищу частоту побічних ефектів. Парацетамол менш ефективний, але і менш токсичний. Найбільш ефективним є комбінований препарат – ібупрофен з парацетамолом. Цей препарат має вищу ефективність, ніж кожен з цих препаратів окремо. Найбільш ефективним є комбінований препарат – ібупрофен з парацетамолом. Цей препарат має вищу ефективність, ніж кожен з цих препаратів окремо. Найбільш ефективним є комбінований препарат – ібупрофен з парацетамолом. Цей препарат має вищу ефективність, ніж кожен з цих препаратів окремо.