

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Пациенты с жалобами на нелокализованные боли в области промежности и таза составляют значимую часть амбулаторного проктологического приема. Статистические данные ВОЗ свидетельствуют о том, что каждый пятый человек в мире в течение жизни сталкивается с проблемой тазовой боли той или иной этиологии. Боли в области таза в странах ЕС ежегодно заставляют обращаться к гинекологу более 60% женщин, к урологу около 30% женщин и 40% мужчин, к проктологу около 28% пациентов, к неврологу – около 15%. Хроническая тазовая боль (ХТБ) относится к разряду междисциплинарных проблем. Как правило, пациент с ХТБ получает консультации целого ряда специалистов: гинеколога, проктолога, уролога, психиатра, невролога. В настоящее время в медицинской литературе отмечены изменения в подходе к патогенезу, диагностике и лечению заболеваний органов малого таза. Подход становится мультимодальным - органы малого таза представляют собой единый анатомо-функциональный комплекс, имеющий общую афферентную и эфферентную иннервацию, кровообращение и мышечно-связочный аппарат, что объясняет, почему поражение одного органа часто вовлекает в патологический процесс другие. ХТБ может быть отдельным симптомом гинекологического, урологического, проктологического, неврологического, сосудистого, костно-мышечного или психического заболевания, а может иметь вполне самостоятельное нозологическое значение.

Цель исследования. Улучшить качество лечения пациентов с хронической тазовой болью путем разработки алгоритма диагностики патологии и персонализированной программы лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 178 пациентов, обратившихся за первичной амбулаторной консультацией к врачу-проктологу с жалобами на длительные нелокализованные боли в области промежности и таза в период с февраля 2016 по март 2020 гг. Из этого числа пациентов 112 человек уже обращались за консультацией к другим специалистам: 36 – к врачу общей практики, все лица женского пола (39 пациенток) консультировались у гинеколога, 18 пациентов мужского пола осмотрены урологом, 20 человек консультированы неврологом, таким образом, 12% пациентов до визита к проктологу получили консультации не менее 2-х специалистов. Все 112 человек прошли курс консервативного лечения, при этом в 91% случаев интенсивность болевого синдрома не изменилась, у 9% снизилась. Среди пациентов, обратившихся на прием к врачу-проктологу, мужчин было 97 человек (54%), женщин – 81 (46%). Возраст мужчин составил

от 24 до 63 лет ($34,0 \pm 6,2$ года), женщин - от 27 до 54 лет ($31,0 \pm 4,7$ года). Средняя продолжительность заболевания (анамнестическая давность болей) составляла $4,5 \pm 1,8$ года. Приоритет выбора пациентом специалиста для первичного консультативного приема определялся субъективно исходя из оценки пациентом особенностей провокации болей – в 94% случаев боли индуцировались (или значимо усиливались) актом дефекации. Этот признак являлся основным критерием включения пациентов в исследование. Учитывая этиологическую многофакторность синдрома хронической тазовой боли, пациентам составлена программа исследований, которая включала: общий анализ крови и мочи, пальцевое ректальное исследование, аноскопия, колоноскопия, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с последующей консультацией уролога, ультразвуковое исследование органов малого таза с последующей консультацией гинеколога, МРТ таза и пояснично-крестцового отдела позвоночника. Степень выраженности болей у пациентов оценивали по 10 балльной рейтинговой шкале для боли (Numeric rating Scale for pain).

Результаты и обсуждение. По результатам обследования у 53 пациентов (30% от общего числа; 29 мужчин и 24 женщин) выявлена патология урогенитальной системы и произведена их профилизация. У 31 пациента (17% от общего числа) установлена связь ХТБ с патологией позвоночника, у 12 – с патологией тазобедренных суставов и подвздошно-крестцовых сочленений. Заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки выявлены у 19 пациентов, что составило менее 11% от общего числа обратившихся за консультацией к проктологу. У 33 пациенток (18,5%) выявлена варикозная болезнь вен таза. У 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщин) разработанный алгоритм диагностики не выявил причины болей. Для этих пациентов применялся дополнительный элемент диагностики - поиск миофасциального тазового синдрома для уточнения нейропатического болевого компонента. С этой целью пациентов осматривали с целью выявления гипертонуса мышц таза и промежности, триггерных точек, заполняли опросник нейропатической боли, выполнялась миография. У всех пациентов данной группы отмечался нейропатический компонент боли с формированием гипертонуса *m. levator ani*, что позволило в лечебную программу добавить прием габапентина и выполнение миофасциальных блокад с бетаметазона динатрия фосфатом. Результатом реализации алгоритма диагностического поиска стала индивидуализация программы лечения пациентов с синдромом ХТБ.

Выводы. Диагностика синдрома ХТБ требует мультидисциплинарного подхода и междисциплинарного взаимодействия с разработкой стандартизированного алгоритма этиологического поиска, что позволяет сформировать персонализированную программу лечения.