

ПСИХОСОМАТИЧНА БОЛКА

РЕЗЮМЕ

ПСИХОСОМАТИЧНА БОЛКА

Ив. Миланов

*УМБАЛНП „Св. Наум”,
Медицински университет, София*

Соматизационните заболявания могат да доведат до болки, които не следват анатомичното разпределение на периферните нерви и други структури. Болката се комбинира с множество други хронични симптоми. Тревожността и депресията намаляват прага на болката и толерансът на пациента към нея. Болката може да се локализира в различни телесни области: лицето, гърдите, корема, пелвиса или урогениталната област. В зависимост от локализацията на болката са описани различни синдроми, някои от които се припокриват. Често срещани синдроми са синдромът на парещата уста, персистиращата идиопатична лицева болка, атипичната одонталгия, паническото разстройство, синдромът на Munchausen, функционалният абдоминален болков синдром, синдромът на възбудимите черва, синдромът на хронична пелвисна болка, простатодинията, синдромът на интерстициален цистит, уретралният болков синдром, синдромът на хронична генерализираната перинеална болка, вулводинията, клиторната болка, тестикулната болка, хроничната идиопатична анална болка и proctalgia fugax. Клиничното протичане на синдромите се характеризира с продължителна или интермитентна болка, към която се добавят различни симптоми, свързани с нарушена функция на засегнатия орган. Етиологията е неясна, предполага се че е психосоматична, свързана с психологични фактори. Патогенезата на болката е свързана с централна сензитизация, нарушение на болковата модулация и невропатна болка. Диагнозата се поставя след изключване на всички възможни неврологични, локални и системни заболявания на вътрешните органи. Клиничният неврологичен преглед

ABSTRACT

PSYCHOSOMATIC PAIN

I. Milanov

*University Hospital for Active Treatment in
Neurology and Psychiatry „St. Naum”,
Medical University, Sofia*

Somatization disorders can lead to pain that does not follow the anatomical distribution of peripheral nerves and other structures. The pain is combined with many other chronic symptoms. Anxiety and depression lower the patient's pain threshold and tolerance to it. The pain can be localized in different body areas: the face, chest, abdomen, pelvis or urogenital area. Depending on the localization of the pain, different syndromes have been described, some of which overlap. Common syndromes are burning mouth syndrome, persistent idiopathic facial pain, atypical odontalgia, panic disorder, Munchausen syndrome, functional abdominal pain syndrome, irritable bowel syndrome, chronic pelvic pain syndrome, prostatodynia, interstitial cystitis syndrome, urethral pain syndrome, chronic generalized perineal pain syndrome, vulvodynia, clitoral pain, testicular pain, chronic idiopathic anal pain, and proctalgia fugax. The clinical course of the syndromes is characterized by continuous or intermittent pain, to which are added various symptoms associated with impaired function of the affected organ. The etiology is unclear, it is assumed to be psychosomatic, related to psychological factors. The pathogenesis of pain is related to central sensitization, impaired pain modulation and neuropathic pain. The diagnosis is made after excluding all possible neurological, local and systemic diseases of the internal organs. Clinical neurological examination and laboratory tests showed no abnormalities. In some of the syndromes, the Rome IV criteria are applied to establish the diagnosis.

Treatment of psychosomatic pain syndromes is difficult. Cognitive behavioural therapy, relaxation, biofeedback, acupuncture, botulinum toxin, anticonvulsants, and SNRI an-

и лабораторните изследвания не показват отклонения. При някои от синдромите се прилагат критериите Rome IV за поставяне на диагнозата.

Лечението на психосоматичните болкови синдроми е трудно. Прилагат се когнитивно-поведенческа терапия, релаксация, биофийдбек, акупунктура, ботулинов токсин, антиконвулсанти и SNRI антидепресанти.

В заключение болката при психосоматичните синдроми може да се локализира в различни области на лицето и тялото. Тя има характера на хронична и невропатна болка и се повлиява от медикаменти използвани за лечение на невропатна болка.

Ключови думи: психосоматична болка, клиника, лечение

Соматизационните заболявания могат да доведат до болки, които не следват анатомичното разпределение на периферните нерви и други структури. Болката се комбинира с множество други хронични симптоми.

Етиологията е неизвестна, вероятно психосоматична. Тревожността и депресията намаляват прага на болката и толерансът на пациента към нея (19).

Клинично болката може да се локализира в различни телесни области: лицето, гърдите, корема, пелвиса или уrogenиталната област.

Диагнозата се поставя след изключване на всички възможни заболявания на вътрешните органи.

Болката в лицевата област е много честа.

Синдромът на парещата уста е наричан още глосодиния, глосопироза, стоматодиния, стоматопироза (когато симптомите са ограничени в езика), възпалена уста и орална дизестезия.

Класификацията на IASP (International Association for Study of Pain) и на IHS (International Headache Society) не прави разграничение, но според някои автори може да се говори за синдром и симптом или за първичен (идиопатичен) и вторичен синдром (12).

Болестността е около 3,7% от възрастното население (8, 10), 7 пъти по-честа е при жените

и tidepressants are used.

In conclusion, pain in psychosomatic syndromes can be localized in different areas of the face and body. It has the character of chronic and neuropathic pain and is affected by medications used to treat neuropathic pain.

Key words: psychosomatic pain, clinics, treatment

(5,5%), отколкото при мъжете (1,6%). Нараства и при двата пола с възрастта и достига до 12% при жените във възрастовата група 60-70 години. Рисковите фактори не са известни, с изключение на нарастването на риска при жени след менопаузата (12).

Етиологията не е известна. Не се установяват медицински или стоматологични заболявания, поради което се приема от някои автори за психогенно индуциран. Често има съпътстващи психосоциални и психиатрични заболявания. Началото на заболяването може да бъде спонтанно или предшествано от стоматологична манипулация, локално дразнене от лошо прилягащи зъбни протези, бруксизъм, хапане на езика, емоционално напрежение или друго заболяване (12).

Вторичният синдром може да бъде причинен от локално (кандидоза, lichen planus, хипосаливация) или системно заболяване (анемия, синдром на Sjogren, диабет), xerostomia (неадекватно количество и качество на слюнката), радиацията, стареенето, медикаменти или диети които потискат саливацията (диуретици, транквилизатори, миорелаксанти, антихипертензивни, антихистаминови и антихолинергични), хранителен дефицит (недостиг на витамин В₁₂, В₁, В₂, В₆ или фолиева киселина).

Патогенезата не е известна. Предполагат се промени в периферната и централната нервна сис-

тема, с минимални увреждания на централната и периферна част на тригеминалната система, които водят до невропатна болка (12). Предполага се и нарушение на ендогенната болкова инхибиторна система и дисфункция на стриарната допаминергична система, която участва в регулацията на болката. Непосредствена причина за болката е абразивният ефект на тъканите, които се трият помежду си, към зъбите, зъбни протези, корони и мостове (7). Локализацията на болката зависи от мястото, където възниква триенето на тъканите, което съвпада с мястото на най-интензивните движения в устата (7). Понякога движенията на устата имат потискащ ефект върху болката. Намаляването на болката води до повишаване на движенията в устата, нарастване на триенето и възвръщане на болката.

Клинично се проявява между 38 и 78-годишна възраст. Протича с неприятна пареща, умерена до силна болка, продължително чувство за парене или дизестезия в устата, без клинични данни за причиняващи лезии (12, 14). Симптомите постепенно нарастват до разгръщане на пълната клинична картина. Болката е двустранно симетрична, в устните, предната част на езика и на твърдото небце или в няколко области (12). Не следва анатомичната инервация от периферните нерви. Засилва се при говорене, напрежение и умора, а се потиска при отвличане на вниманието, работа, хранене и консумация на студени храни и напитки. Състоянието се обостря от дразнещи съставки в течностите и храната, като кисели сокове, подправки, горещи течности, силно кафе или някои води за уста. При някои пациенти болката е постоянна през деня, а при други се появява само в определени интервали от време. Интензитетът на болката флукутира. Най-слаба е при събуждането и нараства през деня, като става най-силна вечерта, но обикновено не пречи на съня. Сухотата в устата е придружаващ симптом при повече от половината пациенти, въпреки че не се установява намалена слюнчена секреция (12). При 70% от пациентите има нарушения на вкуса и пер-

систираща дисгеузия (горчив или метален вкус). Понякога има хиперемия, възпаление и улцерации на устната мукоза, които засилват болката (7,12). Пациентите имат хронични болкови синдроми, депресия, тревожност, соматизация, личностови нарушения и нарушения на съня.

Диагнозата се поставя на базата на наличие на орална болка, рецидивираща ежедневно за >2 часа/ден в продължение на >3 месеца, която е пареща и се усеща повърхностно в лигавицата на устната кухина (14). Лигавицата на устната кухина изглежда нормално и клиничният преглед, включително и сетивното тестване, показват нормални резултати (14).

За поставяне на диагнозата допринася и използването на локални анестетици, които потискат глосодинията, но не потискат болката ирадираща от други структури.

Диференциалната диагноза изисква изключване на много системни и локални заболявания (12). Най-важното е да се изключат заболявания на устната мукоза, като lichen planus, кандидоза, инфекции, алергични реакции, контактни алергии, галванизъм, намалена слюнчена секреция, паракринофункционални навици и проблеми със зъбите. Трябва да се изключат дефицит на желязо, витамин В₁₂ и фолиева киселина, хормонални нарушения в менопаузата (дефицит на естрогени), стрес, диабет, увреда на краниални нерви, странични ефекти от медикаменти и синдром на Sjogren (26). Недостигът на витамин В₁₂, фолиева киселина и желязо се проявява с болка, парене, червени и изгладени връх и ръбове на езика (7). Синдром на парещия език е описан при пациенти с аденоиден кистичен карцином на устата (6).

Прогнозата е относително благоприятна, след 6-7 години от началото на заболяването се очаква известно облекчение (12). С прогресията на заболяването при половината пациенти патерна на парещата болка се променя от непрекъсната към епизодична.

Персистиращата идиопатична лицева болка се нарича още атипична лицева болка, атипична лицева невралгия, нелечима лицева болка и орофациална дизестезия. Представлява синдром, при който болката не може точно да се класифицира (11). След изключване на възможните причини за лицева болка, за интракраниална или локална болка от гърлото, устата, синусите, орбитите и каротидните съдове, остава една малка група болни с лицева болка, за която не може да се намери обяснение.

Болестността е около 0,7 на 100 000 души население. Проявява се по-често при жени между 30 и 50-годишна възраст (12).

Етиологията и патогенезата на болката не са ясни и често е свързана с депресия и психологичен дистрес, предшестваш появата на заболяването. Не се установяват органични лезии (12). Началото на заболяването често е свързано с нараняване на лицето, максилата, зъбите или венците, малка операция, травма – зъболечение, екстракция на зъб или хирургична интервенция на синусите (12). Наблюдава се при 12% от пациентите с проведено лечение на зъбните канали (18). Болката персистира без ясна локална причина след оздравяване на първоначалното увреждащо събитие. Предполага се, че е невропатна, вследствие на субклинична невропатия със засягане на тънките влакна (13). Възможно е минимални увреждания на аферентните влакна на тригеминалния нерв да водят до деаферентация с последващи невропластични промени (13). Намалената низходяща допаминергична инхибиция на болката също участва в патогенезата.

Клинично представлява персистираща лицева и/или орална болка с различни прояви, при липса на клиничен неврологичен дефицит (12,13). Протича с повърхностна или дълбока, пареща болка, в областта на долната или горната челюст създаваща дискомфорт (12). Понякога се усеща повърхностно в ъгъла между бузата и носа. В началото се усеща в определена област на устната кухина или средата

на лицето, но с прогресията на заболяването обхваща по-голяма територия от краниоцервикалната област (12). Обикновено е дифузна, не добре локализирана и не се разпространява по хода на периферните нерви или коренчета и излиза извън областта инервирана от тригеминалния нерв (13). При повечето пациенти болката е едностранна, но при 30% е двустранна (13). Болката е пареща, дърпаща, пробождаща, притискаща или пулсираща, с флукуираща от умерена до силна интензивност (12). Продължава постоянно, ежедневно, часове до дни, без пароксизми и без тригерни зони. Може да липсва в някои месеци от годината. Може да има екзацербации под формата на остра болка и болката да се усили при стрес. Може да се придружава от леки субективни сетивни нарушения в същата област, дизестезии, парестезии и симптоми на симпатикова и съдова дисфункция, като чувство за подуване и топлина (12,13).

Често се срещат главоболие, други болки, болки в гърба, хипервъзбудим пикочен мехур, синдром на дразнимото черво, депресия и други психични нарушения и психосоциална дезадаптация (12).

Атипичната одонталгия е подтип на заболяването с начало в по-ранна възраст. Засяга равномерно двата пола. Клинично протича с постоянна по-локализирана болка в един или повече зъби или в зъбната алвеола след екстракция при липса на обичайна дентална причина.

Диагнозата се поставя при лицева или орална болка, рецидивираща ежедневно за повече от 2 часа/ден за повече от 3 месеца (14). Болката е недобре локализирана и не следва областта, инервирана от периферен нерв, тъпа, постоянна или причиняваща дискомфорт. Клиничният неврологичен преглед не показва отклонения и чрез подходящи изследвания е изключена дентална причина (14).

Навременното поставяне на диагнозата предпазва пациентите от излишни стоматологични про-

цедури и екстракция на зъби (18). Изследват се стволните рефлексии, соматосензорните евокирани потенциални, МРТ и КТ на синусите.

Диференциалната диагноза изисква изключване на всички възможни системни, неврологични и стоматологични заболявания (13). Трябва да се изключат увреждане на тригеминалния нерв, назофарингеален, белодробен карцином и зъбна патология (30).

Болка в гърдите възниква при паническо разстройство и синдрома на Munchausen (904). Полу-чава се предимно при мъже около 40-годишна възраст, най-често служители или бизнесмени (т.н. „бели якички“).

Синдромът на Munchausen е измислено заболяване, при което пациентите искат да насочат вниманието към себе си и да предизвикат съчувствие (2).

Етиологията е свързана с психологични фактори.

Клинично протича с анамнеза за чести хоспитализации и преувеличени соматични симптоми – болки в гърдите и проблеми със стомаха.

Коремната е третата по честота област, в която се локализира психосоматичната болка (28). Локализацията, качеството и разпространението на болката не отговарят на тази при висцерални заболявания. Наблюдава се разминаване между поведението и силата на болката, която пациентът съобщава. Обикновено е налице и болка в други части на тялото.

Функционалната абдоминална болка включва функционалната диспепсия (16%), абдоминалната мигрена (5%), синдрома на възбудимите черва и функционалния абдоминален болков синдром (18).

Функционалният абдоминален болков синдром (FAPS) е функционално гастроинтестинално заболяване (27). Определя се като наличие на хронична абдоминална болка (поне 6 месеца) без медицинско обяснение, която нарушава всички аспекти на живота (9). Не се установяват инфекциозни,

структурни или механични причини.

Болестността е 0,5-2% от населението (9). Засяга по-често момичета в детска и юношеска възраст (10-15%). По-чест е от синдрома на възбудимите черва.

Етиологията е неясна, предполага се че се дължи на висцерална хиперсензитивност с централна сензитизация, нарушение на болковата модулация и невропатна болка, вследствие на психосоматична коморбидност (9).

Клинично болката е постоянна или често рецидивираща, локализирана около пъпа, дифузна и не е свързана с храненето (18). Придружава се от главоболие, гадене, умора, нарушен сън, тревожност, депресия, повишена чувствителност към звук и светлина. Не се придружава от температура, нито от диария, запек, повръщане и загуба на тегло за разлика от синдрома на възбудимите черва, на който прилича.

Диагнозата се поставя чрез критериите Rome IV (25).

Синдромът на възбудимите черва (IBS) е функционално нарушение на червата.

Засяга до 15% от популацията, 2 пъти по-често жените, най-често около 40 годишна възраст (17). Причината е за 75% от случаите с хронична пелвисна болка. Половината от жените, които се консултират по повод на дизменорея, дизпареуния и коремна болка, имат синдром на възбудимите черва.

Класифицира се като синдром с преобладаваща диария, с преобладаващ запек и алтерниращ тип.

Етиологията е свързана с прекарани инфекции, диетично хранене и психосоциални фактори. Пациентите често боледуват от депресия, тревожност и синдром на хроничната умора. Значение имат използването на алкохолни, кофеинови и газирани напитки, тютюнопушенето, газообразуващи храни, сорбитол, лактоза, фруктоза и някои медикаменти (лаксативи и антиацидни).

Патофизиологията е мултифакторна и е

свързана с нарушен чревен мотилитет и висцерална хиперсензитивност.

Клинично протича с хронично-ремитираща коремно-пелвисна болка, подуване и напрежение на корема, оригване и симптоми на нарушена функция на червата – необходимост от спешна или болезнена дефекация, с чувство за непълно изхождане и изхождане на мукус, ексцесивни газове, запек и диария (17). Симптомите се влошават при стрес и в пред менструалната фаза и се придружават от депресия и тревожност. Болката и диарията изчезват по време на сън. Болката е локализирана в долния ляв квадрант на корема и по-рядко – в средния или десния. Предхожда се от хранене и се облекчава след дефекация.

За поставяне на *диагнозата* се използват критериите Rome IV (25), които изискват наличие на абдоминална болка в продължение поне на 12 седмици, която се облекчава от дефекация или нейната поява е свързана с промяна в честотата на дефекация или вида на изпражненията (18). Освен един от тези три основни симптома, могат да бъдат налице движения на червата („къркорене“) повече от три пъти дневно или по-малко от три пъти седмично, придружени от напрежение, твърди или воднисти изпражнения и подуване на корема (18).

Диференциалната диагноза включва чревни инфекции, неоплазми, малабсорбция, колагенозен колит, лактозен интолеранс и други.

Пелвисната болка също може да бъде психосоматична.

Синдромът на хронична пелвисна болка се дефинира като хронична пелвисна болка, която продължава повече от шест месеца без подобрение от лечение и не е свързана с инфекция или локална патология (22). Според някои автори обединява различни синдроми, свързани с болка в органите на малкия таз – интерстициален цистит, синдром на възбудимия пикочен мехур, синдром на възбудимите черва, простатдиния, вулводиния, орхалгия, синдром на пелвисното дъно и дизменорея.

Засяга по-често жените. Проявява се при 10 до 50% от жените на 20 до 40-годишна възраст (17).

Етиологията вероятно е психосоматична – соматоформено нарушение, подобно на синдрома на възбудимите черва и вулводиния. Може да бъде свързана с мускулоскелетни нарушения. Често при тези пациенти е налице депресия или посттравматично стресово разстройство. При някои от тях има анамнеза за изнасилване, кръвосмешение или сексуална злоупотреба в детска възраст.

Патогенезата е свързана с механизмите на централна сензитизация и невропатна болка (22).

Клинично болката е в долната част на корема и гърба, засилва се по време на менструалния цикъл (17). Може да бъде интермитентна, персистираща или рекурентна. Освен в пелвисната област може да бъде свързана с друг орган (урогенитална, гастроинтестинална система) или да се придружава от гастроинтестинални, менструални, сексуални и психологични и системни симптоми, както при синдрома на хроничната умора и фибромиалгия (22). Може да има дизпареуния и данни за депресия или соматизация.

Диференциалната диагноза включва всички висцерални гастроинтестинални и урогенитални заболявания. Особено внимание се изисква при наличие на посткоитално или постменопаузално кървене, хематурия и необяснима загуба на тегло.

Простатодинията се нарича още хроничен небактериален простатит и синдром на хронична пелвисна болка.

Засяга 30-50% от пациентите с проблеми от генитоуринарния тракт и с простатит между 20 и 60-годишна възраст.

Етиологията е свързана с хронични инфекции на простатата, хронично възпаление на простатата без установена инфекция, уринарни нарушения, нарушения на мускулите на тазовото дъно, рефлексна симпатикова дистрофия и психогенни причини. Вероятно не е единна клинична общност, а конгломерат от заболявания, предизвикващи болка в пе-

ринеалната анатомична област.

Клинично протича с трудно обясними персистиращи оплаквания, с различни по вид болки от простатата жлеза, без данни в простатния секрет за наличие на гной и бактерии (32). Основните оплаквания са перинеален дискомфорт и тъпа или пареща болка в перинеалната област. Болката освен в перинеалната област ирадира към гърба, супрапубисната област, пениса, скротума, тестисите и слабините. Болката е лека до умерена и може да се засилва при седене, уриниране и сексуална активност. За разлика от пациентите с хронична тестикулна болка, тези пациенти често се оплакват от болка при еякулация. Пациентите имат необходимост от спешно уриниране, дизурия и слаба струя при уриниране. Често има и сексуални нарушения. Често се придружава от синдром на интерстициален цистит и синдром на възбудимите черва.

Диагнозата се поставя чрез изключване на възпалителен процес, патология и локална чувствителност в простатата. Необходимо е изследване на урината, уринна и уретрална култура и цитология на урината (32). Трябва да се изключи отразена болка от колона и ректума.

Синдромът на интерстициален цистит (синдромът на болезненият пикочен мехур) се нарича хронична болка в пикочния мехур без ясна етиология (20). Терминът е неточен, защото няма данни да се приеме, че синдромът е свързан с възпаление, нито със засягане на интерстициума на пикочния мехур. По-правилен термин е синдром на болезненият пикочен мехур, за който се предполага психосоматична етиология. Подобен е на синдрома на възбудимите черва (20). Описан е за първи път от Hunner през 1914 година.

Засяга 10-30 на 100000 души, 10 пъти по-често жените (20).

Етиологията е неясна и не е свързана с инфекция или друго заболяване. Може да се комбинира със синдрома на възбудимите черва или с фибромиалгия. Предполага се хронично възпали-

телно автоимунно състояние с дефект в гликозоаминогликанния слой от стената на пикочния мехур. Гликозоаминогликаните са силно хидрофилни полизахариди, които образуват слой от водни мицели върху епитела на мехура. Този слой служи като бариера между преходните епителни клетки и урината. При дефект в слоя си получава „изтичане“ на епителни клетки, с нарушаване на техните функции и ексцесивен пермеабилитет. Епитела се излага на предизвикващи болка субстанции в урината.

Клинично протича с болка и напрежение в областта на пикочния мехур и супрапубисната област, продължаващи повече от 6 седмици (20). Симптомите са изразени с различна сила и могат да бъдат ремитентни или хронични. Болката може да се засилва при пълен пикочен мехур и да обхване уретрата, долната част на корема, долната част на гърба, пелвиса, перинеалната област (при жени в областта на вагината, при мъже – под скротума). При жени болката може да бъде в областта на вулвата или вагината, а при мъже – в скротума, тестисите или пениса. Често има болка в тазовото дъно, особено в m. levator ani, m. piriformis и m. obturatorius. В някои случаи има често уриниране, нощно уриниране, дизпареуния и необходимост от спешно уриниране, които се засилват при стрес и консумация на някои храни. Налице са сексуални нарушения, свързани с болка по време на полов акт.

Уретралният болков синдром се среща при жени в репродуктивна възраст, по-рядко при мъже и деца (32). Според някои автори представлява ранен и лек вариант на интерстициален цистит.

Етиологията е свързана със спазъм на външния уретрален мускул. Може да бъде свързан с увреждане, стеснение или дразнене на уретрата, прекарани инфекции и полово предавани болести, ниски нива на естроген при жени и стрес (психосоматични причини). В някои случаи може да има дисфункция на мускулите на тазовото дъно. Няма данни за инфекция.

Клинично протича с дизурия, необходимост от

спешно и често уриниране, колебание при уриниране, ноктурия, дизпареуния, болка при полов акт, понякога супрапубисна и болка в гърба, при липса на обективни урологични нарушения. При жени може да има вулварен дискомфорт, при мъжете – болка при еякулация, кръв в спермата и оток на тестисите. Болката се засилва при допир на дрехите, каране на колело, поставяне на тампони при менструация при жените, тоалет на половите органи и стрес. Наблюдават се спонтанни ремисии, за разлика от другите хронични перинеални болкови синдроми.

Диагнозата се поставя чрез изключване и изследване на урината, уринна култура и цитология (32). При някои пациенти се налагат невроизобразяващи, уродинамични изследвания и цистоскопия.

В *диференциалната диагноза* трябва да се изключат уринарни инфекции (бактериални, туберкулоза), полово предавани болести (гонорея, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Gardnerella, човешки papilloma вирус, генитален herpes и микоплазми), цистит, интерстициален цистит, вагинит, тумори, камъни, други урологични и системни заболявания, засягащи инервацията на урогениталната система, като множествена склероза, захарен диабет и колагенози.

Перинеалната болка може да бъде психосоматична.

Синдромът на хронична генерализираната перинеална болка може да бъде самостоятелен или част от по-специфичните генитоуретрални болкови синдроми, като интерстициален цистит, уретрален синдром, клиторна болка, вулвдиния, тестикулна болка или простатдиния. Болката може да бъде свързана с нарушения на мускулите на пелвисното дъно – синдром на levator ani, proctalgia fugax, миофасциален синдром и coccygodynia.

Клинично всеки от тези синдроми може да протече с болка, ирадираща в перинеалната област. Започва като дифузен дискомфорт в целия перинеум, който постепенно усилва своята интензивност.

В някои случаи се локализира в специфични области и с времето може да обхване целия перинеум (32). Добавят се дискомфорт при седене (усещане, че седят върху топка за голф), уринарни нарушения (нощно, често и спешно уриниране) и болка при сексуална активност и оргазъм.

Диференциалната диагноза е сложна и обхваща различни гастроинтестинални, проктологични, урологични, гинекологични и неврологични заболявания. Трябва да се имат предвид и системни заболявания, протичащи с болезнени периферни невротии, като захарен диабет и СПИН (32). При част от пациентите се установяват данни за компресия на n. pudendalis, сакрална менингеална киста, двигателни нарушения (Паркинсонова болест) или дълготрайно лечение с невролептици. При Паркинсонова болест лечението с антипаркинсонови медикаменти води до подобрение и на перинеалния синдром.

Вулвдинията, известна още като дизестезична (есенциална) вулвдиния, синдром на парещата вулва, пудендална невралгия или синдром на перинеална болка, сега се нарича генерализирана вулварна дизестезия.

Заболяемостта годишно е 3-7% от жените в репродуктивна възраст. Болки при полов акт имат 16% от жените между 18 и 60 години (най-често между 18 и 30 г.).

Етиологията не е известна, възниква без ясна причина, без наличие на локална патология и неврологично заболяване (23, 32). Тя е честа по време на перименструалния и постменструалния период. Често пациентите имат фибромиалгия, синдром на възбудимия пикочен мехур или темпоромандибуларен болков синдром, както и тревожност, депресия и посттравматичен стресов синдром. Това дава основание да се обсъждат психосоциалните фактори и участието на механизмите на невротична болка (29). Обсъжда се също ролята на генетичното предразположение, свързано с модулация на болката, предразположение към вулварни инфекции, към

усилен възпалителен отговор и към реакции към приема на орални контрацептиви (29). Възможно е да настъпва персистираща централна сензитизация след остро локално възпаление (16). Обсъжда се ролята на ниските нива на естрогените. Засега не се приема ролята на увреждането на *p. pudendalis* (пудендална невралгия) и на дисфункцията на мускулите на пелвисното дъно (29).

Патогенезата се предполага, че е свързана с болка вследствие на централна сензитизация (29).

Класифицира се като локална и генерализирана и спонтанна или провокирана от физически контакт (29).

Клинично протича с хроничен вулварен дискомфорт, с пареща болка във вулварната област, дизестезия, дизпареуния и нарушен полов живот. Дизпареунеята не се среща толкова често. За разлика от вулварния вестибулит, при който болката се локализира във вестибулума и се предизвиква от докосване, в този случай има дифузна и постоянна хипералгезия във вулварната област, разпространяваща се към перинеума. Вулварната хипералгезия наподобява невропатна болка от пудендалния нерв. Прагът на болката към киселинни разтвори е снижен. Болката може да бъде и по-локализирана, в областта на вулварния вестибулум или клитора. Болката може да бъде постоянна, но да се засилва при докосване на вулвата, полов акт, поставяне на тампон по повод на менструалния цикъл и при седене. Силата на болката варира от лека (дискомфорт) до силна, нарушаваща ежедневните активности. Могат да се добавят вагинизъм или интерстициален цистит (29).

Диагнозата се поставя при персистиране на симптомите в продължение на поне 3 месеца и липса на ясна етиология (5). При изследване с памучен тампон, докосването на вулвата предизвиква болка в областта на вестибулума, която може да се разпространява (29).

Диференциалната диагноза включва вулварната болка при вулварен дерматит, вестибулит, па-

пиломатоза, цикличен вулвовагинит и дизестезична вулводиния (32). При някои жени са налице едновременно вулварен вестибулит и дизестезична вулводиния. Преди да се постави диагнозата, трябва да се санират всички възможни инфекции на вулвата и вагината, които могат да предизвикат хронична вулварна болка.

Клиторната болка (клитородиния) се среща често при жени с дизестезична вулводиния (32).

Етиологията може да бъде свързана с усложнение на циркумцизията при жени. При тази процедура клиторът и малките лабии се ексцизират преди пубертета, в някои страни на света, с оглед контролиране на сексуалността (32). Други причини са травма, изнасилване, психотравма, възпаление от хигиенни продукти и инфекции.

Клинично хроничната болка се разпространява по целия перинеум и лекото докосване или сексуалният контакт предизвикват пареща болка. Носенето на тесни дрехи, ходенето, продължителното седене, уринирането и къпането засилват болката.

Тестикулната болка (orchialgia) при мъже се среща често, така както болката в репродуктивните органи при жените (32).

Етиологията най-често (до 50%) е неизвестна (идиопатична хронична орхалгия). Пациентите не си спомнят причината, довела до започване на хроничния болков синдром и в повечето случаи тя не се установява (24). В тези случаи се предполага соматизационно заболяване, депресия, тревожност, хронични болкови синдроми с друга локализация и нервна сензитизация на пътищата на болката, поради тяхната хронична свръхстимулация. Възниква след идиопатична болка в кръста, дизфункция на тазовия под, синдром на хронична пелвисна болка, пелвисни мускулоскелетни нарушения, диабетна невропатия, интерстициален цистит и отразена болка от камък в уретрата (24). Може да възникне при ингвинална херния и след оперативна интервенция за ингвинална херния с последваща компресия на нерв, ретроперитонеален тумор, след инфекция,

епидедемит (включително предизвикан от amiodarone), простатит, орхит, варикоцеле, хидроцеле, сперматоцеле, перитонит, абдоминална аортна аневризма, osteitis pubis, травма (най-често на колело), polyarteritis nodosa, пурпура на Henoch-Schönlein, периневрална фиброза, торзия на тестисите или предишна хирургична интервенция, като вазектомия (пост-вазектомичен синдром).

Сетивната инервация на тестисите е от n. ilioinguinalis и гениталния клон на n. genitofemoralis (L₁-L₂ и S₂-S₄). Болката може да произхожда от различни органи и тъкани, които имат същата инервация (24). Засягането на T₁₀ до L₁ нервно коренче поради дисков пролапс или радикулит, може да доведе до отразена болка в тестисите. Също така пациентът усеща като орхалгия различни възпалителни или травматични стимули на нервите в скротума.

Патогенезата на хроничната орхалгия се предполага, че е свързана със свръхчувствителност на сетивните нервни влакна вследствие на хронична болкова стимулация (24). Болката може да бъде ноцицептивна или невропатна, в зависимост от етиологията.

Клинично възниква най-често при мъже над 30-годишна възраст. Проявява се с болки в единия или двата тестиса и скротума (24). Може да бъде остра или хронична, продължаваща повече от 3 месеца. Може да започне остро и да стане хронична. Болката не се придружава от еректилна или еякулаторна дисфункция.

В *диференциално-диагностичен* аспект трябва да се изключи отразена болка от уретера, скротума, тазовите органи, херния, от бедрото, лумбалните фасетъчни стави, лумбосакралните коренчета, автономните нерви на тестисите и диабетна или компресионна невропатия на n. ilioinguinalis или n. genitofemoralis (24).

Хроничната идиопатична анална болка е пристъпна или персистираща болка в аналния канал, която продължава над 3 месеца и при която

не се установяват лезии на ануса и ректума, като анални фисури, усложнени хемороиди и перианални супуративни състояния.

Етиологията е неясна, може да се дължи на абнормен аноректален манометричен профил, вследствие на дисфункция на напречноабраздения външен анален сфинктер.

Клинично болката е силна, дълбока и продължителна.

Proctalgia fugax се дължи на болезнен мускулен спазъм. Смята се за вариант на levator ani синдром.

Засяга 13% от общата популация и 33% от пациентите с гастроинтестинални оплаквания. Засяга малко по-често жени.

Етиологията не е известна, но може да бъде свързана със стрес и тревожност. Описани са и фамилни форми.

Патогенезата вероятно е свързана дисфункция на гладките мускули, colon sigmoideum, аналния сфинктер или спазъм на m. levator ani.

Клинично се проявява най-често в детска или около 45-годишна възраст. Характеризира се с внезапни пристъпи от остра, силна и краткотрайна болка в областта на вътрешния анален сфинктер и аноректалния пръстен. Възникват предимно през нощта, продължават секунди до минути, след което изчезват напълно (3). Пристъпите настъпват с различна честота, без ясни провокиращи фактори, или провокирани от сексуална активност, стрес, конституция, дефекация, дълго седене и менструация. При повечето пациенти при прегледа не се установяват данни за патология. Установяват се данни за нарушена функция на гастроинтестиналните гладки мускули и при много пациенти има данни за синдрома на възбудимите черва. Наличието на хемороиди и анални фисури няма отношение към острата болка, за разлика от пациентите с проктодиния (32).

Диагнозата се поставя чрез Rome IV диагностичните критерии, които изискват наличие на симптоми в продължение на поне 3 месеца, повтарящи

се епизоди от болка в ануса или долната част на ректума, продължителност на епизодите от секунди до минути, но не повече от 20-30 минути. Между пристъпите няма аноректална болка (25).

Диференциалната диагноза изисква отхвърляне на болки, причинени от levator ani синдром, запек (остър или хроничен), анален секс, травма (разкъсвания и фисури на ректалния канал и сфинктер), страничен ефект от някои медикаменти (опиати) или чужди тела в ректума.

Прогнозата е добра, пациентът трябва да разбере, че въпреки че болката е много силна, тя не застрашава неговият живот и ще се подобри с времето.

Лечението на психосоматичните болкови синдроми е трудно.

Функционалният абдоминален болков синдром се повлиява от капсули ментово олио, когнитивно-поведенческа терапия, биофийдбек, famotidine и pizotifen (18).

Синдромът на възбудимите черва се лекува с SNRI антидепресанти, спазмолитици, опиоиди за диарията и диета богата на фибри за запек (17). Използват се акупунктура, когнитивно-поведенческа терапия и релаксация (18). Не е ефективно приложението на диети или пробиотици, като lactobacillus или кисело мляко.

Хроничната пелвисна болка се повлиява с антидепресанти от групата SNRI и антиконвулсанти за лечение на невропатна болка. Могат да се приложат 100-500 U Dysport или 40-200 U Xeomin (23). Всеки мускул се инжектира в 3-5 точки с доза от 100-125 U Dysport за m. puborectalis (20-50 U Xeomin) и доза от 75 U Dysport (25 U Xeomin) за перинеума. Началото на терапията може да се започне с наполовина намалени дози от медикамента, които също биха дали ефект. Някои автори инжектират m. puborectalis, m. pubococcygeus и m. bulbospongiosus, перинеума и външните уретрални сфинктерни мускули (1). Продължителността на ефекта е от 3 до 18 месеца (23). Някои автори използват по-ниски дози

– по 10 U Xeomin във всяка точка и също установяват добър ефект (15).

При **простатодинията** се използват миорелаксанти, поради повишения тонус на мускулите на тазовото дъно (32). Поради данните за повишен симпатиков тонус при уродинамичните изследвания, се прилагат перорални алфа-адренергични блокери, които повлияват болката и затрудненията в уринирането. Страничните ефекти (артериална хипотония) затрудняват лечението.

Дизестезичната (есенциална) вулвдиния се повлиява от трициклични антидепресанти, SNRI, антиконвулсанти и други медикаменти за лечение на невропатната болка (32). Прилага се 150-400 U Dysport или Xeomin 10-50 U, разтворени с 0,5-1 ml физиологичен разтвор (23). Инжектират се в мускулите на предната вагинална стена, m. puborectalis, m. pubococcygeus, перинеума, m. bulbocavernosus и m. bulbospongiosus (21, 31). Във всеки мускул се инжектират 1-3 точки. Продължителността на ефекта е от 1 месец до 2 години.

При **тестикулната болка** лечението се провежда с НСПВС, SNRI антидепресанти, антиконвулсанти, мембранно-стабилизиращи медикаменти и опиати (32).

Proctalgia fugax се повлиява с diltiazem, clonidine, salbutamol, nitroglycerin мехлем и други, които релаксират сфинктерния спазъм (3). Може да се приложи ботулинов токсин по техниката за лечение на анални фисури в четирите квадранта на вътрешния анален сфинктер – Dysport 150 U или Xeomin 50 U (4).

В заключение болката при психосоматичните синдроми може да се локализира в различни области на лицето и тялото. Тя има характера на хронична и невропатна болка и се повлиява от медикаменти използвани за лечение на невропатна болка.

Адрес за кореспонденция:

Акад. Иван Миланов
УМБАЛНП „Св. Наум“
Ул. Любен Русев 1.
София 1113
milanovivan@yahoo.com

Address for correspondence:

Acad. Ivan Milanov
University Hospital for Active Treatment in Neurology
and Psychiatry “St. Naum”,
1, Louben Roussev str.
Sofia 1113
milanovivan@yahoo.com

ЛИТЕРАТУРА

- Adelowo, A., Hacker, M.R., Shapiro, A., Modest, A.M., Elkadry, E. Botulinum toxin type A (BOTOX) for refractory myofascial pelvic pain. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 2014, 69, 1, 20-21.
- Altinkaynak, S., Ertekin, V., Alp, H., Fidan, T. Munchausen's syndrome. *Eurasian J. Med.*, 2009, 41, 2, 126-128.
- Annese, V., Gui, D. Botulinum neurotoxin in the gastrointestinal tract. In: *Manual of botulinum toxin therapy*. 11nd ed. Truong, D., Hallett, M., Zachary, C., Dressler, D., eds., Cambridge University Press, Cambridge, 2013, 278-287.
- Bibi, S., Zutshi, M., Gurland, B., Hull, T. Is Botox for anal pain an effective treatment option? *Postgraduate Medicine*, 2016, 128, 1, 41-45.
- Bornstein, J., Goldstein, A.T., Stockdale, C.K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., Coady, D. ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *J. Sex. Med.* 2016, 13, 4, 607-612.
- Burchiel, K.J., Burgess, J.A. Differential diagnosis and management of orofacial pain. In: *Handbook of pain management*. Tollison, C.D., Satterthwaite, J.R., Tollison, J.W., eds., Williams & Wilkins, Baltimore, 1994, 280-293.
- Buxbaum, J.D., Myslinski, N.R. Dental management of orofacial pain. In: *Handbook of pain management*. Tollison, C.D., Satterthwaite, J.R., Tollison, J.W., eds., Williams & Wilkins, Baltimore, 1994, 306-327.
- Clark, G.T., Suarez, P. Prevalence of chronic orofacial pain disorders. In: *Head, face, and neck pain*. Mehta, N.R., Maloney, G.E., Bana, D.S., Scrivani, S.J., eds., John Wiley & Sons, New Jersey, 2009, 315-329.
- Clouse, R.E., Mayer, E.A., Aziz, Q., Drossman, D.A., Dumitrascu, D.L., Mönnikes, H., Naliboff, B.D. Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology*, 2006, 130, 5, 1492-1497.
- DaSilva, A.F.M., Acquadro, M., Bivins, D. Neuropathic orofacial pain. In: *Head, face, and neck pain*. Mehta, N.R., Maloney, G.E., Bana, D.S., Scrivani, S.J., eds., John Wiley & Sons, New Jersey, 2009, 455-464.
- Diamond, M.L. Differential diagnosis of headache pain. In: *Handbook of pain management*. Tollison, C.D., Satterthwaite, J.R., Tollison, J.W., eds., Williams & Wilkins, Baltimore, 1994, 239-252.
- Forssell, H., Svensson, P. Atypical facial pain and burning mouth syndrome. In: *Handbook of clinical neurology. Pain*. Cervero, F., Jensen, T.S. eds., Elsevier B.V., Amsterdam, 2006, 81, 597-608.
- Forssell, H., Tenovuo, O., Silvoniemi, P., Jaaskelainen, S.K. Differences and similarities between atypical facial pain and trigeminal neuropathic pain. *Neurology*, 2007, 69, 1451-1459.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition. *Cephalalgia*, 2018, 38, 1, 1-211.
- Jarvis, S.K., Abbott, J.A., Lenart, M.B., Steensma, A., Vancaillie, T.G. Pilot study of botulinum toxin type A in the treatment of chronic pelvic pain associated with spasm of the levator ani muscles. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 44, 46-50.
- Ji, R.R., Xu, Z.Z., Gao Y.J. Emerging targets in neuroinflammation-driven chronic pain. *Nat. Rev. Drug Discov.*, 2014, 13, 533-548.
- Kucharski, A., Nagda, J. Pelvic pain. In: *Principles and practice of pain medicine*. Warfield, C.A., Bajwa, Z.H., eds., McGraw-Hill, New York, 2004, 359-368.
- Marcus, D.A. *Headache and chronic pain syndromes*. Humana Press, New Jersey, 2007, 209 pp.
- Merskey, H. Pain in somatization disorders and psychiatric illness. In: *Handbook of clinical neurology. Pain*. Cervero, F., Jensen, T.S. eds., Elsevier B.V., Amsterdam, 2006, 81, 803-816.
- Nickel, J.C. Interstitial cystitis: characterization and management of an enigmatic urologic syndrome. *Rev. Urol.*, 2001, 4, 3, 112-121.
- Pacik, P.T. Botox treatment for vaginismus. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2009, 124, 6, 455e-456e.
- Passavanti, M.B., Pota, V., Sansone, P., Aurilio, C., De Nardis, L., Pace, M.C. Chronic pelvic pain: assessment, evaluation, and objectivation. *Pain Research and Treatment*, 2017.
- Schurch, B., Carda, S. Botulinum neurotoxin applications in urological disorders. In: *Manual of botulinum toxin therapy*. 11nd ed. Truong, D., Hallett, M., Zachary, C., Dressler, D., eds., Cambridge University Press, Cambridge, 2013, 288-294.
- Sigalos, J.T., Pastuszak, A.W. Chronic orchialgia: epidemiology, diagnosis and evaluation. *Transl. Androl. Urol.*, 2017, 6, Suppl 1, S37-S43.
- Simren, M., Palsson, O.S., Whitehead, W.E. Update on Rome IV criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice.

- Current gastroenterology reports, 2017, 19, 4, 1-8.
26. Sirois, D.A. Oral medicine, oral pathology and facial pain. In: Head, face, and neck pain. Mehta, N.R., Maloney, G.E., Bana, D.S., Scrivani, S.J., eds., John Wiley & Sons, New Jersey, 2009, 343-358.
 27. Sperber, A.D., Drossman, D.A. Review article: the functional abdominal pain syndrome. *Aliment Pharmacol. Ther.*, 2011, 33, 514-524.
 28. Steiner, A.S. Abdominal pain. In: Principles and practice of pain medicine. Warfield, C.A., Bajwa, Z.H., eds., McGraw-Hill, New York, 2004, 350-358.
 29. Torres-Cueco, R., Nohales-Alfonso, F. Vulvodynia-it is time to accept a new understanding from a neurobiological perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2021, 18, 12, 6639.
 30. Ward, T.N., Levin, M. Facial pain. In: Principles and practice of pain medicine. Warfield, C.A., Bajwa, Z.H., eds., McGraw-Hill, New York, 2004, 246-251.
 31. Werner, M.A., Ford, T., Pacik, P.T., Ferrara, M., Marcus, B.S. Botox for the treatment of vaginismus: a case report. *Journal of Women's Healthcare*, 2014, 3, 2, 150.
 32. Wesselmann, U., Perineal pain. In: Principles and practice of pain medicine. Warfield, C.A., Bajwa, Z.H., eds., McGraw-Hill, New York, 2004, 369-377.