

Tab. 3. Diferenciálna diagnostika syndrómu primárnej bolesti močového mechúra (2, 3)

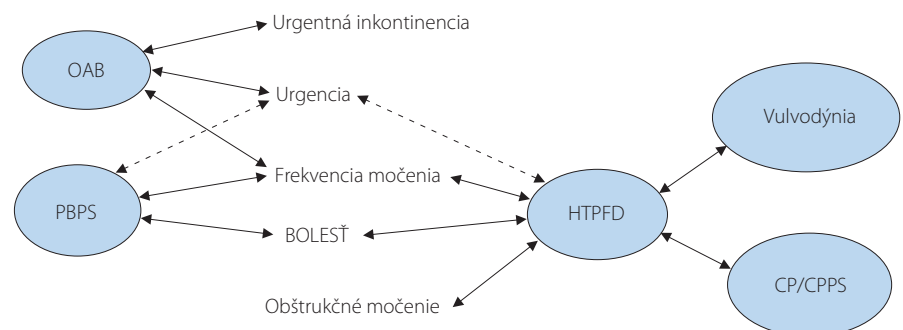
- **Urologické choroby** (OAB, UAB, cystolitíza, intravezikálne cudzie telesá, ureterolitíza najmä v distálnej časti močovodu, obštrukcia krčka močového mechúra, epididymitída, testikulárna neoplazma, uretritída, stenóza/divertikul močovej rúry, chronická prostatitída/syndróm chronickej prostatickej bolesti, karcinóm močového mechúra – najmä Cis, karcinóm prostaty...)
- **Gynekologické ochorenia** (malignity: krčka/tela matrice/vaječníkov, endometrióza, urogenitálny prolaps, vaginálna kandidóza...)
- **Infekcie** (bežné intestinálne baktérie, sexuálne prenosné ochorenia, tuberkulóza cystitída...)
- **Gastrointestinálne choroby** (divertikulitída, análne fisúry, hemoroidy, intestinálna metaplázia...)
- **Defekty/poruchy brušnej steny** (hernie, myofasciálne spúšťacie body...)
- **Muskuloskeletálne ochorenia** (hypertónia svalstva panvového dna, degeneratívne ochorenia bedrových kĺbov, sakroileitída...)
- **Neurologické choroby** (demyelinizačné ochorenia, neurogénna obštrukcia krčka močového mechúra, neuralgia, „uviaznutie“ nervus pudendus...)
- **Syndrómy centrálnej citlivosti** (funkčné somatické syndrómy, fibromyalgia...)
- **Postradiačná cystitída**
- **Stavy po operáciách v malej panve** (najmä s využitím sietok pri korekcii inkontinencie moču alebo prolapsu panvových orgánov)
- **Iné**

Vzhľadom na klinický charakter PBPS vyžadujú pozornosť najmä autoimunitné ochorenia, alergické stavy a rôzne závažné intolerancie. Preukázalo sa, že 70 % žien s endometriózou má bolesti v oblasti malej panvy a 24–79 % vykazuje príznaky dysfunkcie dolného močového traktu, súbežná koexistencia PBPS + endometriózy bola potvrdená u 16–48 % pacientok (14). Súčasný výskyt PBPS + chronickej prostatitídy/CP/PPS sa odhaduje na 17 % (15). Regionálne bolestivé syndrómy, ako sú hypertonická dysfunkcia svalstva panvového dna (HTPFD – high tone pelvic floor dysfunction), vulvodýnia a syndróm dráždivého čreva (IBS – irritable bowel syndrome), môžu tiež komplikovať diagnostiku PBPS z dôvodu prekrývajúcich sa príznakov. Rôznorodá konštelácia symptómov spojených s dysfunkciou/spazmom panvového dna môže byť pozoruhodne podobná príznakom PBPS a hyperaktívneho močového mechúra (OAB – overactive bladder) (Obrázok 4) (3). Obavy z inkontinencie moču sú väčšie u pacientov s OAB, zatiaľ čo bolesť/tlak a nepohodlie naznačujú skôr PBPS (2, 3, 16).

Liečba

Terapia PBPS nie je jednoduchá, pretože klinický obraz býva rozmanitý, patofyziológia tohto bolestivého syndrómu nie je jednoznačne objasnená. Všeobecne akceptovateľnejšie pravidlá manažmentu (aj so začlenením nových liečebných modalít) sa v podstate len zavádzajú (Schéma 3) (5). Počiatočný typ a úroveň terapie by mali závisieť od závažnosti príznakov, sprievodných

ochorení a preferencií dobre informovaného pacienta. Podstatná je správna diagnostika PBPS, klinický úsudok a odborná zdatnosť zdravotníckeho (často multidisciplinárneho) tímu. Iničiálny postup býva vo väčšine prípadov konzervatívny. Pacienti s HL sú zatiaľ jedinou skupinou, ktorá by sa mala riešiť od začiatku invazívnejšie (endoskopicky) v porovnaní s jedincami bez HL (17). Multimodálny manažment je určite efektívnejší ako monoterapia. Väčšina liekov testovaných na pacientoch s PBPS vykazovala dobré krátkodobé výsledky, ale len pri niektorých sa potvrdili aj dlhodobé účinky. Neustále je potrebné vyhodnocovať účinnosť liečby (najmä bolesti), neefektívne terapie by sa mali zastaviť a pri každej neistote sa musí prehodnotiť správnosť diagnózy PBPS (2, 3, 4, 5).

Obr. 4. Diferenciálna diagnostika rôznych chorobných stavov na základe bolesti a niektorých mikčných príznakov (plné čiary znázorňujú silný vzájomný súvis; prerušované čiary znamenajú len slabý súvis) (3)

OAB – overactive bladder/hyperaktívny močový mechúr, PBPS – primary bladder pain syndrome/prímárny syndróm bolestivého močového mechúra, HTPFD – high tone pelvic floor dysfunction/hypertonická dysfunkcia panvového dna, CP/PPS – chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome/chronická prostatitída/syndróm chronickej panvovej bolesti HTPFD je prítomná u väčšiny pacientov s PBPS v porovnaní s relatívne zriedkavým nálezom u jedincov s OAB; vždy má význam fyzikálne vyšetriť stav svalstva panvového dna pri podozrení na PBPS, pretože táto funkčná porucha predstavuje diagnostickú výzvu nielen preto, že mikčné príznaky a panvová bolesť sa prekrývajú ako pri HTPFD, tak aj u jedincov s PBPS; dysfunkcia panvového dna priamo ovplyvňuje funkciu panvových orgánov a naopak; stres sa považuje za iničiálny a udržiavací faktor panvovej myalgie

Behaviorálne stratégie a zásahy do životospripravy dokážu zlepšiť symptomatológiu u niektorých pacientov s PBPS. Osvedčili sa viaceré postupy: optimalizácia pitného režimu, využitie eliminačnej diéty (určenie potravín/tekutín zhoršujúcich zdravotný stav), aplikácia tepla/chladu na spúšťacie body/oblasti zvýšenej citlivosti (napr. močový mechúr, perineum), stratégie zvládania vzplanutí PBPS (antistresové techniky – napr. meditácia), tréning močového mechúra s potlačením urgencie, autorelaxácia svalov panvového dna, ale aj identifikácia ďalších stavov vyvolávajúcich/zhoršujúcich príznaky (určité typy cvičenia/fyzickej aktivity, pohlavný styk, nosenie príliehavého oblečenia, obstipácia) (2, 3, 4, 5). Psychologické intervencie sa môžu zameriavať na bolesť samotnú alebo na prispôbenie sa bolesti z hľadiska funkcie a nálady pacienta. Špeciálne viacložkové programy sú v pilotných fázach štandardizácie. Psychiatrická konzultácia by mala byť začlenená do multimodálneho liečebného plánu pre pacientov s PBPS (Schéma 3) (5).

Vhodné techniky manuálnej fyzikálnej terapie zahŕňajú manévry, ktoré vyriešia panvové, brušné a/alebo bedrové spúšťacie body, predlžujú svalové kontraktúry, uvoľňujú bolestivé jazvy a iné obmedzenia spojivového tkaniva a bývajú veľmi efektívne v rukách kvalifikovaného fyzioterapeuta. Klasické cviky (napr. Kegelove) na posilnenie svalstva panvového dna sa však všeobecne neodporúčajú, pretože môžu situáciu ešte viac zhoršiť (2).