

**АКТУАЛЬНЫЕ
ТЕМЫ:**

Простатический
болевой синдром

Мошоночный и
пенильный болевой
синдром

Миофасциальный
болевой синдром
СХТБ у женщин

Рекомендации
ЕАУ-2021 по СХТБ

ТЕМА НОМЕРА:

**СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ
ТАЗОВОЙ БОЛИ**



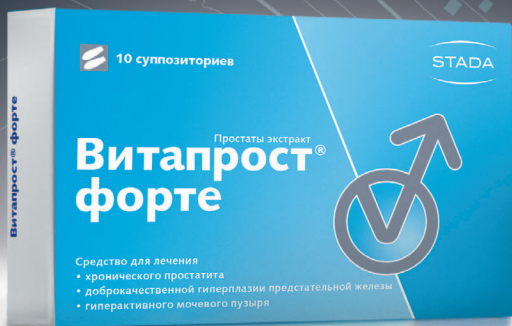
STADA

СНАЧАЛА СВЕЧИ

ЗАТЕМ ТАБЛЕТКИ

ВИТАПРОСТ®

ПРАВИЛЬНЫЙ КУРС



ВИТАПРОСТ ТАБЛЕТКИ РУ № 002487 ОТ 18.05.2012, ВИТАПРОСТ ФОРТЕ РУ № ЛСР-002488/07 ОТ 16.03.2012. АО «НИЖФАРМ», РОССИЯ, 603950, Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ. САЛГАНСКАЯ Д.7

18+

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.



- »» Тема номера: Синдром хронической тазовой боли
 - » СХТБ: определение, статистика..... 3
- »» Код MG30: что следует понимать?..... 11
- »» Диагностика СХТБ..... 18
- »» СХТБ. Guidelines EAU-2021..... 25
- »» Сексуальные нарушения при СХТБ..... 33
- »» Простатический болевой синдром..... 36
- »» Лечение простатического болевого синдрома..... 40
- »» Мочепузырный болевой синдром..... 50
- »» Синдром хронической тазовой боли у женщин..... 59
- »» Миофасциальный синдром и тазовое дно..... 64
- »» Пенильный и уретральный болевой синдром..... 58
- »» Психосоматические аспекты синдрома невоспалительной хронической тазовой боли и хронического абактериального простатита..... 78



СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ

БОЛИ



В 2021 г. на Uroedu.ru был начат образовательный проект «Синдром хронической тазовой боли» — сложная, многогранная и междисциплинарная проблема, охватывающая несколько нозологий различных специальностей — урологии, гинекологии, неврологии, психологии и психиатрии, эндокринологии, проктологии.

16 лекций от ведущих урологов в области СХТБ — только I часть проекта, продолжение которого планируется в 2022 г.

В Дайджесте урологии № 4 представлена печатная версия лекций по данной проблеме.

Видеолекции можно посмотреть на **Uroedu.ru**: https://uroedu.ru/course/158*.



Сотрудники Uroweb.ru выражают огромную благодарность компании «Штада» за поддержку и вдохновение при создании данного образовательного проекта.

** Для считывания Q-кода и корректного отображения информации пользователю необходимо предварительно войти на портал UroEdu и быть записанным на курс СХТБ. Если вы попадаете на главную страницу курса, нажмите кнопку вход, зарегистрируйтесь или войдите в свой аккаунт UroEdu и затем нажмите на синюю кнопку «записаться». Отсканируйте код повторно.*



СХТБ: определение, статистика



Зайцев А.В.
Д.м.н., профессор кафедры
урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
(г. Москва)

Лекции доктора медицинских наук, профессора кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Андрея Владимировича Зайцева, были посвящены диагностике и лечению синдрома хронической тазовой боли, а также лечебным подходам при СХТБ.

Хронология понятий. Современное определение

Первая лекция профессора А.В. Зайцева началась с рассуждения о самом понятии боли и различных подходах к его интерпретации. Андрей Владимирович процитировал известное высказывание врача, философа, музыканта, теолога и гуманиста А. Швейцера, человека, который большую часть жизни отдал здоровью населения Центральной Африки, лауреата Нобелевской премии мира: **«Боль — более ужасный повелитель человечества, чем смерть непосредственно».**

Эти слова могут быть ответом на вопрос о том, почему именно боль находится в центре внимания различных специалистов, а снятие болевого синдрома — насущной и не теряющей своей актуальности проблемой.

Концепции СХТБ по данным EAU, IASP, МКБ 11 и МКБ-12

Концепция синдрома хронической тазовой боли была впервые представлена в рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU), опубликованных в 2003 г. [1]. В них боль определялась как «болезненный процесс» (disease process), а при рассмотрении абдоминальной и тазовой боли большое внимание уделялось именно мочевому пузырю. После этого изначальная концепция подверглась пересмотру в выпуске 2015 г.

Сегодня признано, что проблема боли является сложной, многофакторной и многомерной. Прогресс в науке о боли привел к тому, что специалисты по боли ■

отошли от органочентрического ее понимания и пришли к интегративной концепции, учитывающей психологические, социальные и сексуальные аспекты. Пациенты с СХТБ — это разные люди с разными клиническими фенотипами, течение их состояний индивидуально, что свидетельствует о необходимости персонализированной медицины в терапии боли.

В 2022 г. будет доступна новая международная классификация болезней МКБ-11, которая заменит привычную всем МКБ-10. В эту классификацию включена хроническая боль, понимаемая как «боль, которая сохраняется или рецидивирует в течение 3 месяцев» [2]. Предполагается разделение кодировки на:

1) хроническую первичную боль, имеющую многофакторную природу: болевому синдрому в этом случае способствуют биологический, социальный, психологический факторы;

2) хроническую вторичную боль (это, например, боль послеоперационная, боль, которая обусловлена раком, скелетно-мышечная, висцеральная, нейропатическая и др.).

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) в 2019 г. обновила ее определение. Теперь оно звучит как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей, или схожее с таковым переживанием» (Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associates with, or resembling with associated with actual or potential tissue damage) [3]. Боль воспринимается по-разному, познается через личный опыт, имеет прямое влияние на качество жизни из-за связи с социальными и психологическими аспектами.

Сегодня хроническую тазовую боль (СХТБ) Европейская ассоциация урологов (EAU) определяет так: «Хроническая тазовая боль — хроническая или постоянная боль, воспринимаемая в структурах, относящихся к тазу мужчин и женщин. Это часто связано с негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными последствиями, а также с симптомами, указывающими на дисфункцию нижних мочевыводящих путей, половую, кишечную, тазовую или гинекологическую дисфункцию» [2].

Хронический характер могут иметь различные типы боли, входящие в классификацию. Так, документальное подтверждение ноцицептивной боли, которая переходит в хроническую, осуществляется на основании длительно характера боли: приступы повторяются не менее 3 месяцев. При циклической боли целе-

сообразен длительный период наблюдения. Дисменорею (гормональнозависимую боль) следует рассматривать как симптом, когда она влечет за собой негативные когнитивные, поведенческие, сексуальные или эмоциональные последствия.

В классификацию также входит синдром хронической первичной тазовой боли (СХТБ/СРППС). Он понимается как «возникновение хронической боли при отсутствии доказанной инфекции или другой очевидной местной патологии, которая может быть причиной боли» [2]. Часто это влечет за собой негативные последствия для пациента — когнитивные, поведенческие, психологические.

При этом такая боль может концентрироваться не только в одном органе, а быть связанной с различными системными симптомами (например, с синдромом хронической усталости). Если боль локализована в одном органе, используется термин, указывающий на орган-мишень, а также определение «первичный». Если боль локализована более чем в одном органе, следует использовать общий термин СХТБ/СРППС.

Андрей Владимирович обратил внимание на то, что необходимо учитывать различные последствия, связанные с болью, — тревогу, депрессию, инвалидизацию и плохое качество жизни в целом. Больные считают боль катастрофическим состоянием, это сказывается и на самой боли, усугубляя ее, и на эффективности лечения таких пациентов.

При этом многие виды боли связаны с различными функциональными расстройствами, изменениями в нервной системе. Орган, на который жалуется больной, может не выступать центром распространения боли. Иногда функциональные болевые расстройства могут вызывать нейробиологические, физиологические или анатомические изменения в ЦНС.

Программа исследовательского консорциума MAPP: фенотипирование и метаболомика

Национальный институт здоровья с США инициировал программу исследовательского консорциума «Мультидисциплинарный подход к тазовой боли» (MAPP). В эту программу вовлечены 6 крупных университетов США, коллективы ученых занимаются фундаментальными исследованиями — эпидемиологией заболевания, фенотипированием урологических и неурологических ■

симптомов, нейробиологическими исследованиями. MAPP представляет собой многомерный проект, направленный на изучение разнообразных связанных с тазовой болью аспектов.

В рамках MAPP было проведено 2 проекта: первый — в 2009–2014 гг., второй — в 2014–2019 гг. В результате были выявлены различные нюансы, связанные с хронической тазовой болью. Важно, что в том числе в рамках MAPP было проведено фенотипирование пациентов с СХТБ, которое в итоге может привести к возникновению индивидуализированных стратегий лечения [4].

Определенное значение для тазовой боли имеет такая область, как метаболомика, которая занимается идентификацией и количественной оценкой малых молекул в биологических образцах. В исследованиях боли технология метаболомики применяется редко, однако исследования с метаболомическим подходом все же есть, среди них встречаются и исследования тазовой боли [5]. Метаболомика позволяет выявить изменения метаболизма, связанные с болевым синдромом. В исследованиях используется масс-спектрометрия или ядерный магнитный резонанс. Недавно появились исследования о том, что у больных с СХТБ выявлена определенная последовательность изменений метаболизма глутамата и тестостерона, метаболомические дисбалансы, вызванные микробиомом кишечника.

Профессор А.В. Зайцев указал на перспективы таких исследований: они могут привести к идентификации биомаркеров для поддержки, разработки и тестирования новых методов лечения СХТБ.

Концепция «снежинки» и UPOINT

Д.А. Шоскес, М.А. Понтари и Дж.С. Никель при фенотипировании пациентов с СХТБ выдвинули так называемую концепцию «снежинки» (Snowflake hypothesis) [6]. Суть в том, что каждая снежинка имеет свою неповторимую структуру. Так и каждый больной с хронической тазовой болью индивидуален, поэтому мы должны стремиться к индивидуализированному лечению таких пациентов. Но, как бы ни сложна была снежинка, у нее всегда 6 лучей.

На основе данной идеи строится классификация UPOINT: под «лучами» ученые понимают 6 доменов — мочевой, психосоциальный, органоспецифический,

инфекционный, неврологический, мышечно-спастический. Каждому домену соответствует определенная картина и определенные методы обследования, которые может использовать врач. Например, неврологические симптомы, выявляемые на основе неврологических жалоб (потеря чувствительности, дизестезия), неврологическое исследование (расстройств чувствительности, сакральных рефлексов и мышечного тонуса).

Данный мультидоменный подход как раз и позволяет сформировать фенотипы больных. Мы не можем всех больных лечить одинаково. В зависимости от набора фенотипов, выявленных при первичном обследовании, можно предложить пациенту какое-то индивидуальное лечение.

Европейские специалисты к этим 6 доменам добавили еще один — сексологический [7], который, по их мнению, также играет немаловажную роль. В то же время автор оригинальной концепции Д. Шоскес возражает против этого добавления. Сегодня данный вопрос является дискуссионным, существует много публикаций на эту тему. Сам Андрей Владимирович придерживается мнения, что дополнительный домен нужно принять, так как это позволит еще больше индивидуализировать лечение пациентов с СХТБ.

Классификация СХТБ

Классификация СХТБ включает в себя три аспекта определения состояния: фенотипирование, терминология и таксономия [2].

Так, фенотипирование описывает само состояние.

Что касается выбора термина, то он же должен быть как можно более точным, отражать это состояние. Например, если в возникновении боли играет роль нервная система, то адекватным будет термин «синдром», которые описывает сразу многие аспекты, связанные с болью. Предпочтительно избегать «ложной» терминологии, например терминов, заканчивающихся на -itis, если не доказана инфекционная природа заболевания. Воспаление в органах-мишенях может быть вторичным и нейрогенным, но при этом не являться первичной причиной боли, это тоже следует учитывать.

Таксономия помещает фенотипы в иерархию отношений.

Подход EAU подразделяет хроническую тазовую боль на состояния, представляющие собой болевые синдромы без очевидного диагноза, синдромы ■

хронической первичной тазовой боли, а также состояния, которые не являются болевыми синдромами (инфекция, нейропатия, воспаление).

Болевые синдромы определяются методом исключения, в частности не должно быть признаков инфекции или воспаления. Обследования по органам-мишеням должны быть направлены на проведение дифференциального диагноза. При неспецифической и плохо локализованной боли используется термин СХТБ.

Если боль локализуется в конкретном органе, могут быть использованы более конкретные термины, например синдром ректальной боли, возможно, с добавлением термина «первичная».

Если боль локализована в нескольких органах, то синдром можно считать региональным, целесообразно вернуться к термину СХПТБ/СРППС [2].

Большое значение для болевого синдрома имеет ЦНС. У больных наблюдается повышенная возбудимость ЦНС в результате периферической стимуляции, нарушение обработки сенсорных импульсов в мозге, дисрегуляция механизмов восходящего подавления боли. В результате появляется гипералгезия, распространение и суммирование боли (так называемый феномен wind-up) [8].

Усугубляют болевые ощущения и психологические симптомы, которые влияют на прогноз лечения. Кроме того, боль может распространяться на другие висцеральные и соматические ткани. Для ведения таких пациентов, как считают члены Европейской ассоциации урологов, необходим междисциплинарный подход. Таких пациентов часто госпитализируют повторно [2].

Хроническая боль как симптом разных заболеваний

Как показывал А. Вейтер в своем докладе, хроническая боль является симптомом самых разных заболеваний [9]. Часто при диагностике СХТБ дополнительные симптомы врачами упускаются (боль в спине, головная боль и др.). Но чем их больше — тем хуже прогноз [10]. Очевидно, что необходим командный подход для ведения пациентов. Клиницисты должны иметь соответствующую подготовку, должны быть созданы тесные рабочие отношения между ними, мультидисциплинарные команды. Задача, которую берет на себя каждый член команды, должна определяться личным отношением и способностями, а не исходной подготовкой. Такой подход наблюдается чаще всего в специали-



зированных центрах, и, чем таких центров больше, тем лучше будет результат лечения.

Отдельного внимания заслуживает и такой аспект, как сложные отношения врача и пациента. Здесь профессор Зайцев также подчеркивает необходимость всестороннего исследования, так как только оно может убедить и врача, и пациента в том, что ничего не осталось неисследованным. Кроме того, это укрепляет веру пациента в подходы, которые предлагает врач, способствует повышению доверия к нему.

Использование только модели хронической боли без дополнительных исследований сопряжено с возможностью оставить без внимания серьезное заболевание и поддающуюся лечению причину боли. Важен психологический фактор: он должен учитываться и не рассматриваться как преувеличение или невроз. «Мы не должны считать больного сумасшедшим, — настаивает Андрей Владимирович. — Мы должны искать эффективный подход к лечению тазовой боли».

Пациент должен чувствовать не только комфорт от конечного диагноза, но и понимание того, что все остальные диагнозы были исключены.

Кроме того, немаловажно, чтобы сам врач был реалистичен. Сегодня растет количество вариантов обследования, врач стремится установить причину недуга, поставив диагноз. Но у больных с хронической тазовой болью можно и не найти каких-то конкретных причин боли: боль может сама по себе быть болезнью. Пациенты нуждаются в помощи, а врачи должны исключить опасные заболевания, но не всегда находится что-то конкретное, и с этим, как считает профессор, нужно смириться. Стремление врача установить причину тазовой боли подчас противоречит самой действительности: врач перестает принимать боль как диагноз. То, что ничего не найдено, не значит, что можно не считать больного больным.

Выводы

В заключение Андрей Владимирович резюмировал, что лечение СХТБ является сложной задачей, требующей многопрофильной оценки. Лечение и реабилитация пациента осуществляется специалистами по боли. Необходимо создание специализированных центров обезболивания с соответствующим персоналом и комплексным подходом (медицинским и когнитивно-поведенческим). ■

На ранних этапах диагностического процесса пациенту и врачу следует выработать общие взгляды на механизмы возникновения боли.

Очень важно исключить определенные заболевания с излечимыми причинами. А уже после исключения этих заболеваний пациенту должен быть поставлен диагноз болевого синдрома. Это позволит избежать ненужных, повторных, дорогостоящих и потенциально вредных исследований и процедур.

Лечение должно быть сосредоточено на восстановлении нормальной активности и функций в рамках общего плана.

Для длительного наблюдения сложных пациентов требуются специализированные центры, работающие в рамках совместной медицинской помощи. ■

Источники:

1. Fall M. et al. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. 18th EAU Annual Congress Madrid. 2003.*
2. *Chronic Pelvic Pain. Limited Update. March 2021.*
3. Raja Srinivasa NA, Carr DB et al. *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020; 161(9).*
4. Clemens JQ. *Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network. Nat Rev Urol. 2019;16(3).*
5. Teckchandani Sh et al. *Metabolomics in chronic pain research. European Journal of Pain. 2020;25(2).*
6. Shoskes DA, Nickel JC, Pontari MA. *Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2009;12(2).*
7. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. Limited Update. March 2017.*
8. Katya S et al. *Pain Physician. 2013;16.*
9. Waiter A. *1st World Congress on Abdominal and Pelvic Pain. 30 May — 1 June 2013.*
10. Henry Lai H et al. *Characterization of Whole Body Pain in Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome at Baseline — A MAPP Research Network Study. J Urol. 2017 Sep; 198(3).*



Код MG30: что следует понимать?



Коган М.И.
Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии РГМУ и член президиума Российского общества урологов (г. Ростов-на-Дону)



Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии Ростовского государственного медицинского университета и член президиума Российского общества урологов Михаил Иосифович Коган поделился наблюдениями о хронической тазовой боли, озвучив доклад, подготовленный совместно с профессором Игорем Ивановичем Белоусовым.

Классификация СХТБ по МКБ-11

С 2022 г. согласно Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11) хроническая боль будет определяться как отдельный диагноз под кодом MG30. В свою очередь, эта нозология будет подразделяться на несколько подгрупп:

1. Хроническая первичная боль
 - хроническая первичная висцеральная боль;
 - хроническая первичная боль;
 - хроническая распространенная боль;
 - хроническая мышечно-скелетная боль;
 - хроническая первичная головная боль.
2. Хроническая вторичная мышечно-скелетная боль
 - хроническая вторичная мышечно-скелетная боль вследствие стойкого воспаления;
 - хроническая вторичная мышечно-скелетная боль, ассоциированная со структурными изменениями; ■

- хроническая вторичная мышечно-скелетная боль, связанная с болезнью нервной системы.
3. Хроническая вторичная висцеральная боль
- хроническая вторичная висцеральная боль, связанная с механическими факторами;
 - хроническая вторичная висцеральная боль, имеющая сосудистые механизмы;
 - хроническая вторичная висцеральная боль, связанная со стойким воспалением.

Таким образом, хроническая боль (ХБ) представляет собой самостоятельную нозологию с отдельной рубрикацией. Так, первичная ХБ — это боль, которая длится значительно дольше физиологического процесса выздоровления, когда основное заболевание не представилось возможным выявить. В свою очередь, вторичная ХБ — это боль, когда выявляются симптомы другого заболевания, не связанного с болью.

Также, согласно МКБ-11, хроническая нейропатическая боль подразделяется патофизиологически на периферическую и центральную. Помимо этого, ХБ разделяют по этиологии на послеоперационную, посттравматическую и связанную с онкологическими процессами.

Хроническая газовая боль является разновидностью хронической висцеральной боли. Наиболее полный массив информации по их лечению собран в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU). В самих рекомендациях подчеркивается, что они «не являются предписаниями и не претендуют на то, чтобы быть юридическим стандартом оказания медицинской помощи», а также отмечается тот факт, что «следование рекомендациям не обязательно приведет к лучшему результату. Рекомендации никогда не могут заменить клинический опыт при принятии решений о лечении отдельных пациентов...» При этом говорится, что они по-прежнему содержат лучшие доказательства, доступные экспертам в конкретной области [EAU Guidelines «Chronic Pelvic Pain», 2020].

Клинические рекомендации (КР) по хронической тазовой боли впервые опубликованы в 2003 г., когда, по сути, было впервые сформулировано это понятие. С тех пор они регулярно обновлялись раз в несколько лет. Из новейших КР 2021 г. удалены все рекомендации с низким уровнем доказательности, и в целом они подверглись заметным улучшениям.



Регион или задействованная система боли. Что касается классификации, необходимо разделять тазовую боль по региону на хроническую тазовую боль и специфические заболевания, связанные с тазовой болью, или синдром тазовой боли — выделяются задействованные системы организма. Таким образом, выделяется боль урологическая, гинекологическая, гастроинтестинальная, задействующая периферические нервы, связанная с сексуальной сферой, психологическая и мышечно-скелетная. По данным анамнеза заболевания, объективного исследования, а также данных лабораторных и инструментальных методов исследования определяется поражение органа, ассоциированное с болью.

Локализация боли. В диагностике используются вспомогательные характеристики: определяется, например, боль надлонная, паховая, уретральная, пенильная/клиторальная, промежностная, ректальная, боль в спине, боль в ягодичной области и боль в области бедер.

Временные показатели боли. Также включаются временные характеристики: начало (острое / хроническое), течение: (спорадическое / волнообразное / непрерывное), время (усиление / ослабление / после чего обостряется / через сколько времени), а также выявляются провоцирующие факторы или констатируется спонтанный характер боли. Определяется ее характер (ноющая / жгучая / колющая / пронзающая).

Сопутствующие состояния. Отмечаются сопутствующие симптомы: урологические, гинекологические, со стороны ЖКТ, неврологические, со стороны половой сферы, мышечной системы, а также кожные. Отдельно фиксируются психологические симптомы: тревога, депрессия, посттравматическое стрессовое состояние.

Определение IASP

Хроническая тазовая боль, согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), — это хроническая или постоянная боль у мужчины или женщины, которую врач и пациент определяют как относящуюся к тазу. Она часто связана с негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными последствиями, а также с симптомами со стороны нижних мочевыводящих путей, включая половую, кишечную, тазовую ■

или гинекологическую дисфункцию. Важно при этом, что разделяют тазовую боль, связанную со специфическими заболеваниями, и синдром хронической тазовой боли (СХТБ). Для последнего характерно возникновение хронической тазовой боли при отсутствии доказанной инфекции или другой очевидной местной патологии, которая могла бы быть причиной боли. Боль при этом наблюдается более чем в одном органе. Считается, что о хронизации боли можно говорить при сроке ее присутствия более шести месяцев.

К компетенции урологов относится большое количество болевых синдромов, которым подвержены как мужчины, так и женщины, в частности:

- простатический болевой синдром;
- мочепузырный болевой синдром;
- мошоночный болевой синдром;
- придатковый болевой синдром;
- уретральный болевой синдром;
- поствазэктомический мошоночный болевой синдром;
- пенильный болевой синдром;
- тестикулярный болевой синдром.

Распространенность СХТБ

О распространенности ряда из них на сегодня нет однозначных данных. Для простатического болевого синдрома этот показатель колеблется от 1 до 14,2%, для мочепузырного болевого синдрома — от 0,06 до 30%, причем отношение женщин к мужчинам составляет 10:1. Распространенность сексуальной дисфункции, связанной с болевым синдромом, достигает 49%, эректильной дисфункции — от 15,1 до 48%. Кроме того, 92,2% мужчин с тазовой болью имеют дисфункцию мышц тазового дна вне зависимости от признаков воспаления (простатит или цистит). Боль в надлонной области при хронической тазовой боли наиболее распространена у женщин репродуктивного возраста. Ежегодная встречаемость достигает 38,3 на 1000. Общая распространенность аноректальной боли достигает 6,6%, и чаще она встречается у женщин. Синдром раздраженного кишечника — у 50% женщин с общими гинекологическими проблемами (эндометриоз, диспареуния и дисменорея).

Зачастую тесно связаны между собой хроническая висцеральная боль, хроническая тазовая боль и абдоминальные аспекты тазовой боли.

В частности, хроническая висцеральная боль определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное событие, связанное с существующим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения. Ею могут страдать до 19% взрослых и до 14,8% женщин старше 25 лет, что серьезно влияет на качество их социальной и трудовой жизни. У больных наблюдается снижение качества жизни за счет депрессии, беспокойства, нарушения эмоционального функционирования, бессонницы и утомляемости [Baranowski A. Chronic pelvic pain. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2009; Krieger J. et al. Non-urological syndromes and severity of urological pain symptoms: Baseline evaluation of the national institutes of health multidisciplinary approach to pelvic pain study. J Urol. 2013; Chuang Y. et al. Increased risks of healthcare-seeking behaviors of anxiety, depression and insomnia among patients with BPS / IS: a nationwide population-based study. Int Urol Nephrol. 2015].

Механизмы боли

Выделяется ряд постоянных механизмов периферической боли при висцеральной боли:

1. Модификация периферической ткани. Как результат, нейроны больше подвержены периферической стимуляции.
2. Количественное увеличение химических веществ, стимулирующих преобразующие рецепторы.
3. Модификации рецепторов, что приводит к повышению их чувствительности.

Как механизм висцеральной боли выделяется центральная сенсбилизация. Для нее характерны снижение порога чувствительности, повышение длительности и выраженности ответа нейронов дорсального рога.

При центральной сенсбилизации вегетативной нервной системы поврежденные афференты развивают чувствительность к симпатической стимуляции. Выделяются также психологические механизмы висцеральной боли.

Говоря о факторах риска и основных патогенетических механизмах, нужно отметить, что, например, для простатического болевого синдрома единого этиологического объяснения не найдено. Вероятно, тут задействованы инфекционные, генетические, анатомические, нейромышечные, эндокринные, ■

иммунные или психологические инициирующие факторы и их совокупность. При мочепузырном болевом синдроме обычно присутствует инициирующее повреждение, ведущее к развитию дефекта уротелия, нейрогенному воспалению и появлению боли. Мошоночный болевой синдром подразумевает несколько вариантов:

- воздействие на подвздошно-паховый, генитофemorальный и срамной нервы;
- поствазэктомический болевой синдром (частота 2–20%);
- боль после пластики паховой грыжи.

Уретральный болевой синдром предположительно является формой мочепузырного, поскольку имеет схожие механизмы развития.

Как подчеркнул Михаил Иосифович, сегодня недооценена роль и занижена частота осложнений применения сетчатых имплантов таза по поводу тазового пролапса и недержания мочи. По его словам, в настоящее время до 10% операций имеют осложнения. Наиболее частые — хроническая боль, хронические инфекции, эрозия окружающих органов, включая влагалище, уретру и мочевого пузыря, а также нервные и скелетно-мышечные повреждения, влияющие на подвижность тазовых структур.

Также важно помнить о разнообразии сопутствующих состояний при синдромах тазовой боли. Это повреждения нерва: пудендалная невралгия (повреждения нерва на уровне грушевидной мышцы, крестцово-спинномозговых / крестцово-бугристых связок (42%), внутри канала Алькока (26%), а также множественные повреждения (17%). Топика повреждения определяет место ощущаемой боли и характер сопутствующих симптомов. Соотношение мужчин к женщинам по распространенности — порядка 40 на 60%. Необходимо понимать, что все подобные осложнения сопровождаются значительным снижением качества жизни больного.

Несмотря на все эти факторы, влияние боли на качество жизни изучено недостаточно. Сейчас необходимо разработать валидированные опросники, которые бы имели хорошие свойства измерения. В многофакторном анализе показано, что у пациентов с синдромом раздраженного кишечника пол и психологическое состояние влияют на показатели качества жизни.

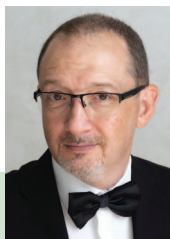
В целом, как отметил Михаил Иосифович, механизмы хронической тазовой боли сегодня достаточно хорошо изучены. Важно понимать, что нейроплас-



тичность и нейропатическая боль усиливают восприятие афферентных стимулов, что может вызывать изменение чувствительности и боль. Механизмы нейропластичности при этом оказывают влияние на органы-мишени, что объясняет появление симптомов нарушения их функции. Важное значение имеет диагноз СХТБ как болевого синдрома, поскольку он требует холистического подхода к лечению с участием многопрофильной команды.

Все специалисты, участвующие в лечении хронической тазовой боли, должны обладать знаниями по периферическим и центральным механизмам боли. Первичное обследование пациентов включает методы исследования специфических областей, связанных с тазовой болью, а также оценку функциональных, эмоциональных, поведенческих, сексуальных и других аспектов качества жизни, в том числе влияние на работу и социализацию. Лечение пациентов с СХТБ проводится многопрофильной командой с учетом всех имеющихся симптомов. ■

Диагностика СХТБ



Раснер П.И.
Д.м.н., руководитель клиники урологии,
заместитель главного врача по урологии Клиники
«К+31», профессор кафедры урологии МГМСУ
им. А.И. Евдокимова (г. Москва)



Лекцию о диагностике синдрома хронической тазовой боли представил руководитель клиники урологии «К+31», заместитель главного врача клиники по урологии, врач-уролог Павел Ильич Раснер.

Хроническая тазовая боль на сегодня остается одной из сложнейших диагностических и терапевтических головоломок [1, 2]. Разделяют тазовую боль, связанную со специфическими заболеваниями (инфекция, опухоли и т. д.), и состояния без явной патологии — синдром хронической тазовой боли (СХТБ). В большинстве случаев хронической тазовой боли отсутствует сохраняющееся повреждение тканей, воспаление или инфекция [3–5]. Тем не менее состояния, которые приводят к рецидивирующей травме, инфекции или длительному воспалению, в небольшом числе случаев могут вызвать хроническую тазовую боль. Например, в крупной когорте (у 10,5% пациентов) с острым бактериальным простатитом в последующем установлен диагноз ХТБ. По этой причине на ранних стадиях диагностики необходимо его исключить. После этого дальнейшее исследование причин редко приносит пользу и может оказывать отрицательное влияние. Необходимо исключить специфические заболевания, связанные с тазовой болью, которые могут быть вызваны бактериальной инфекцией, опухолями, приемом лекарственных препаратов (например, кетамина), первичными анатомическими или функциональными расстройствами тазовых органов и нейрогенной дисфункцией.

Зачастую ХТБ сопровождается тревожностью и депрессией. Стресс следует оценивать в контексте боли и значения ее для пациента. Нередко психологические проблемы пациента становятся на пути эффективного лечения. Оценивать их выраженность можно по шкале UPOINT, предложенной J.C. Nickel в 2009 г. и состоящей из шести координат. Согласно мнению авторов, в клинической практике рекомендовано применять систему фенотипирования, называемую «гипотеза сне-

жинки». Она предполагает, что не существует двух одинаковых пациентов так же, как и двух похожих снежинок, хотя в целом снежная масса может выглядеть большой и однородной [6]. Каждая из координат системы имеет собственное клиническое определение, связанное с конкретным механизмом появления или распространения симптомов, и ассоциирована с определенным видом терапии.

Координаты системы UPOINT:

- U — урологические симптомы;
- P — психоэмоциональная дисфункция;
- O — органоспецифический домен;
- I — инфекционная природа заболевания;
- N — неврологические симптомы, затрагивающие другие зоны, кроме тазовой;
- T — триггерные точки (мышечно-спастический домен).

Для выявления органической патологии у больных с ХТБ необходимо тщательное обследование:

- гинекологический осмотр;
- УЗИ органов малого таза;
- гистеросальпингоскопия;
- анализы на мочеполовые инфекции;
- рентгенологические методы: урография, цистография;
- эндоскопические исследования гистероскопия, колоноскопия, цистоскопия;
- диагностическая лапароскопия;
- МРТ, КТ.

При отсутствии патологии, способной вызывать интенсивные болевые ощущения, пациентке нужна консультация нескольких врачей: уролога, гинеколога, невролога, гастроэнтеролога, ортопеда, онколога, психолога и психиатра.

Диагностика ПБС

У мужчин достаточно распространен *простатический болевой синдром (ПБС)*. Это боль в области предстательной железы (определяется при пальцевом ректальном исследовании) в отсутствие другой патологии нижних мочевых путей в течение минимум трех из шести прошедших месяцев. При диагностике необходимо исключить специфические заболевания, связанные с тазовой болью. Пациенты часто описывают боль в других областях таза, вне предстательной железы, включая промежность, прямую кишку, половой член, яички и живот [7]. ■

На сегодня единая этиология ПБС неизвестна. Синдром сопровождается негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными или эмоциональными реакциями, а также симптомами, свидетельствующими о нарушении мочеиспускания и сексуальной функции. Боль при ПБС включает механизмы нейропластичности и нейропатической боли. Как правило, синдром оказывает выраженное влияние на качество жизни: депрессия и катастрофическое мышление приводят к усилению боли и более низкой адаптации к ней.

На сегодня в популяционных исследованиях показана высокая распространенность симптомов ПБС (более 2%). Алгоритм диагностики необходимо определять на индивидуальной основе. В частности, следует исключить специфические заболевания с аналогичными симптомами. Существуют достоверные инструменты оценки тяжести симптомов и фенотипических различий. Для первичного обследования и наблюдения следует использовать валидированные шкалы симптомов и качества жизни, например NIH-CPSI. Следует оценивать связанные с простатическим болевым синдромом отрицательные когнитивные, поведенческие, сексуальные или эмоциональные реакции, а также симптомы нарушенного мочеиспускания и сексуальную дисфункцию.

Диагностика МБС

Другое распространенное явление — мочепузырный болевой синдром (МБС). Для него характерны боль, давление или дискомфорт в области мочевого пузыря, усиливающиеся при его наполнении, и не менее чем еще один симптом, например учащенное мочеиспускание в дневное и ночное время. Неприятные ощущения локализируются в надлонной области, иногда иррадиируя в пах, влагалище, прямую кишку или крестец. Ослабляются после мочеиспускания, но через некоторое время появляются вновь, усиливаются при приеме пищи или жидкости. При диагностике необходимо исключить заболевания, которые могут вызывать аналогичные симптомы, в том числе с помощью цистоскопии с гидродистензией и биопсией [8].

Этот синдром также не имеет единой этиологии, боль при нем не коррелирует с цистоскопической или гистологической картиной. В различных исследованиях показаны различные соотношения язвенной и неязвенной формы МБС. При цистоскопии и гистологическом исследовании можно подтвердить только МБС типа 3С.

Характерно, что МБС развивается чаще, чем другие болевые синдромы. В популяционных исследованиях показана высокая распространенность его симптомов, оказывающих неблагоприятное влияние на качество жизни. Существуют достоверные инструменты оценки тяжести его симптомов и фенотипических различий.

Пациентам с МБС показана ригидная цистоскопия под анестезией с целью определения подтипа и исключения сопутствующих заболеваний. После исключения специфических заболеваний пациентам с характерными симптомами устанавливается диагноз МБС, согласно критериям Европейской ассоциации урологов, с определением подтипа и фенотипа. Необходимо систематически подходить к диагностике МБС, не связанного с заболеваниями мочевого пузыря. Также следует оценивать связанные с синдромом когнитивные, поведенческие, сексуальные и эмоциональные реакции. Для первичного обследования и наблюдения необходимо использовать валидированные шкалы симптомов и качества жизни.

Диагностика мошоночного болевого синдрома

Также часто не связана со специфической патологией боль в мошонке. В иннервации мошонки принимают участие подвздошно-паховый, бедренно-половой и срамной нервы. Любая патология или вмешательство в зоне отхождения или по ходу нервов могут привести к появлению боли [9]. Описаны две особые формы мошоночного болевого синдрома. Первая — поствазэктомический болевой синдром (2–20% случаев), при вазэктомии без скальпеля наблюдается реже [10]. Вторая — боль после пластики паховой грыжи. Почти во всех исследованиях частота мошоночной боли была значительно выше в группе лапароскопии по сравнению с открытой операцией [11].

В механизме возникновения мошоночной боли важную роль играют нервы семенного канатика. УЗИ органов мошонки не помогает в диагностике и лечении мошоночной боли.

Близость уретры и мочевого пузыря является основанием для утверждения, что формой МБС может являться уретральным болевой синдром [12]. Другой возможный механизм заключается в нейропатической гиперчувствительности после инфекции мочевых путей [13]. На сегодня остается неизученной связь уретрального болевого синдрома с гинекологической и акушерской патологией [14].

Диагностика уретрального болевого синдрома

В диагностике и лечении уретрального болевого синдрома большую роль играют гинекологические аспекты:

- подробный сбор анамнеза; ■

- связь боли с провоцирующими факторами и менструальным циклом, а также половой жизнью, включая заболевания, передаваемые половым путем, выделения из влагалища, а также сексуальную травму в анамнезе;
- скрининг рака шейки матки;
- акушерский анамнез и/или гинекологические операции, особенно в случае установки синтетических сеток.

Виды диагностики при БС различного происхождения

Кроме того, важно учитывать в диагностике гастроинтестинальные аспекты, такие как хронический анальный болевой синдром, аноректальная боль и переходящая прокталгия.

Нельзя исключать повреждения у пациента периферических нервов, в основном срамного. При сборе анамнеза учитываются:

- прямое повреждение нерва при колоректальных, урологических и гинекологических вмешательствах;
- сепсис;
- травма (перелом крестца, таза и т. д.);
- в редких случаях — длительная езда на велосипеде;
- синдром грушевидной мышцы;
- последствия травмы при родах.

Поражение срамного нерва может сопровождаться генерализацией за счет присоединения симптоматики нижнего ягодичного нерва и промежностных ветвей заднего кожного нерва бедра.

Основным описываемым видом боли является «жжение», а также «давящие боли» и «электрические разряды». Другие возможные варианты:

- парестезии («иглы» или «булавки»);
- дизестезии (неприятные сенсорные ощущения, не обязательно связанные с раздражением, например ощущение текущей холодной воды);
- аллодиния (боль при легком прикосновении);
- гиперальгезия (повышенное восприятие боли после болевого стимула, включая воздействие высокой или низкой температуры);
- поверхностная диспареуния.

В ходе *физикального исследования* проводится ряд мероприятий:

- исключение заболеваний с известной этиологией;
- оценка тонуса мышц;

- проверка кожной аллодинии вдоль дерматомов живота (T11–L1) и промежности (S3) с фиксацией степени болезненности;

- оценка бульбокавернозного рефлекса для изучения состояния срамных нервов.

Для оценки патологии предстательной железы выполняется пальцевое ректальное исследование. При его проведении следует обратить внимание на боль при пальпации мышц тазового дна, перианальный дерматит, анальные трещины, наличие геморроя, тонус анального сфинктера, болезненность лобково-прямокишечной мышцы, а также триггерные точки.

В ходе неврологического исследования может выполняться дифференциальная блокада срамного нерва, а также электрофизиологические исследования и динамическая МР-проктограмма.

Для диагностики функций тазового дна в клинической практике применяется классификация ICS. Гиперактивность мышц тазового дна зачастую связана с хронической тазовой, простатической, мочепузырной и вульварной болью. Она способна создавать афферентацию в центральной нервной системе, которая вызывает сенсбилизацию. На сегодня отсутствуют стандарты диагностики миофасциальных триггерных точек. Выявляется, однако, зависимость между локализацией триггерных точек и областью, в которой наблюдается боль. Как следствие, необходимо активно выявлять миофасциальные триггерные точки у пациентов с СХТБ.

Интенсивность боли определяется по *опросникам*, среди которых:

- пятибалльная вербальная шкала (нет боли, легкая, умеренная, тяжелая и очень тяжелая боль);

- визуальная аналоговая шкала от 1 до 10 баллов;

- 11-балльная числовая шкала;

- NIH-CPSI;

- I-PSS;

- индекс симптомов интерстициального цистита ICSI;

- МИЭФ;

- индекс женской сексуальной функции FSFI.

На сегодня отсутствуют доказательные данные о том, что стресс вызывает жалобы на тазовую боль или что множественные симптомы свидетельствует о выдуманном характере боли. В развитие тазовой боли свой вклад вносит сексуальное насилие, пережитое в настоящее время и в прошлом. Как следствие, необходимо оценивать психологический аспект в контексте боли.

В *лабораторной диагностике ПБС* применяется четырехстаканная проба для определения локализации бактерий. Характерны стерильная моча до массажа ■

(вторая порция мочи), $< 10^3$ КОЕ уропатогенных бактерий в секрете предстательной железы и незначимое количество лейкоцитов или бактериальный рост в эякуляте. Двухстаканный или препостмассажный тест имеют ограниченную ценность в диагностике ПБС, поскольку 8% пациентов с подозрением на него определяется бактериальный рост в предстательной железе, что не отличается от показателей у бессимптомных мужчин [15].

При синдроме мочепузырной боли выполняются анализ мочи, посев на стерильность и цитологическое исследование мочи. Для исследования гинекологических аспектов ХТБ берутся мазки из влагалища и эндоцервикса.

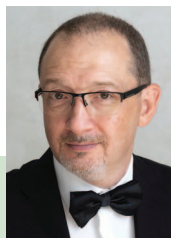
В числе *инвазивных методов* при аноректальной боли выполняется аноректальная манометрия с анализом чувствительности (измерение давление / объем: баростат), а также гибкая ректосигмоидоскопия и колоноскопия. Лапароскопия у женщин может выполняться для исключения гинекологической патологии. Цистоскопия и биопсия мочевого пузыря проводятся для визуализации язв Гуннера и петехиального кровотечения при гидродистензии. Биопсия позволяет установить или подтвердить клинический диагноз язвенной или неязвенной формы интерстициального цистита. ■

Источники:

1. Visaria SD et al., *Obst Gynecol*, 2002.
2. Зиганшин А.М. и соавт. *Современные проблемы науки и образования*, 2019.
3. Abrams P et al. *J Urol*, 2006.
4. Hanno P et al. *Neurourol Urodyn*, 2010.
5. Yoon BI et al. *Prostate Int*, 2013.
6. Nickel JC et al. *J Urol*, 2009.
7. Nickel JC et al. *Can Urol Assoc J*, 2011.
8. Warren JW et al. *Urology*, 2008.
9. Eklund A et al. *Br J Surg*, 2010.
10. Nariculam J et al. *BJU Int*, 2007.
11. Hallen M et al. *Surgery*, 2008.
12. Parsons CL. *BJU Int*, 2011.
13. Kaur H et al. *Obst Gyn Surv*, 2007.
14. Gurel H et al. *Obst Gyn Reprod Biol*, 1999.
15. Nickel JC et al. *J Urol*, 2003.



СХТБ. Guidelines EAU-2021



Раснер П.И.

Д.м.н., руководитель клиники урологии, заместитель главного врача по урологии Клиники «К+31», профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова (г. Москва)

Руководитель клиники урологии «К+31», заместитель главного врача клиники по урологии, врач-уролог Павел Ильич

Раснер прочитал подробный доклад о феномене хронической тазовой боли и возможных подходах к ее диагностике с учетом клинических рекомендаций Европейской ассоциации урологов.

С 1995 г. Национальный институт здравоохранения США классифицировал симптомы простатита на четыре категории. Было доказано, что у 90–95% мужчин с диагнозом «простатит» инфекция предстательной железы не является. В том же году было введено понятие «Синдром хронической тазовой боли» (СХТБ).

Первые рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU) по ХТБ были опубликованы в 2003 г. Была предложена концепция СХТБ, которая в настоящее время выглядит так: «боль как патологический процесс». Этот процесс может сопровождаться психологическими, поведенческими, сексуальными и функциональными реакциями.

В 2008 г. вышло частичное обновление рекомендаций EAU. Были добавлены две главы: гастроинтестинальные и сексологические аспекты ХТБ. В 2015 году переработан раздел по мочепузырному болевому синдрому (МБС). Было определено, что корни абдоминальной и тазовой боли уходят к мочевому пузырю, а интерстициальный цистит стал одной из первых проблем, о которых говорят при обсуждении болевых симптомов в урологии. В 2016 г. структура европейских рекомендаций была изменена таким образом, чтобы они строились вокруг боли, а не вокруг органа, в котором она локализуется.

Хроническая тазовая боль определяется как постоянная или персистирующая боль, которая ощущается в структурах, связанных с тазом, у мужчин или женщин. Она часто сопровождается негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными, эмоциональными реакциями, а также симптомами, свидетельствующими о нарушении функции нижних мочевых путей, сексуальной сферы, кишечника или

гинекологических функций. При наличии ноцицептивной боли, которая со временем становится хронической, персистирующей, ее длительность должна составлять не менее шести месяцев. Кроме того, она может протекать циклически в течение шести-месячного периода. При неострой боли и признаках центральной сенсibilизации боль можно расценивать как хроническую вне зависимости от длительности.

Принципиально разделяют тазовую боль, связанную со специфическими заболеваниями: инфекциями, злокачественными новообразованиями и т. д., и состояние без явной патологии — собственно, СХТБ.

В рекомендациях ЕАУ от 2018 г. ХТБ классифицируются по трем основным аспектам:

- фенотипу (описание состояния);
- терминологии (описание фенотипа);
- таксономии (расстановка фенотипов в последовательности).

Выделяют урологическую, гастроинтестинальную, неврологическую, сексуальную, психологическую, гинекологическую и скелетно-мышечную тазовую боль [1].

Когда боль локализована в одном органе, ряд специалистов предлагают использовать название органа-мишени. В частности, урологические болевые синдромы разделяют на простатический, мочепузырный, мошоночный, яичковый, придатковый, пенильный, уретральный и поствазэктомический. В числе гинекологических болевых синдромов выделяют вульварный, вестибулярный, клиторальный, связанный с эндометриозом, СХТБ с циклическими проявлениями, а также дисменорею. К ЖКТ относятся синдром раздраженного кишечника, хронический анальный, а также интермиттирующий хронический анальный болевой синдром. Со стороны скелетно-мышечной системы выделяют болевой синдром при патологии мышц тазового дна и копчиковый болевой синдром.

Определены три механизма развития ХТБ:

1. Механизм непрерывной острой боли, в которую могут вовлекаться соматические и висцеральные ткани.
2. Механизм хронической боли, затрагивающий центральную нервную систему.
3. Механизм, затрагивающий эмоциональную, когнитивную, поведенческую и сексуальную сферы.

Говоря о статистике распространенности ХТБ, следует отметить, что, согласно данным литературы, 19% взрослого населения Европы отмечают хроническую боль умеренной и тяжелой степени, которая оказывает выраженное влияние на качество социальной и профессиональной жизни [2]. При этом каждый пятый человек, у которого выявлена хроническая боль, страдает ею более двадцати лет. В недавнем



исследовании тех же авторов с участием 4839 человек у 66% боль была умеренной, у 34% — тяжелой, у 46% — постоянной, а у 54% — периодической. У 21% выявлена депрессия, связанная с болью. Почти у всех больных была снижена работоспособность, некоторые потеряли работу. Также 60% обращались к врачу по поводу боли от двух до девяти раз в течение последних шести месяцев [3].

Согласно результатам исследования, треть этих пациентов не получает никакого лечения, две трети используют немедикаментозное лечение: массаж, физиотерапию и иглоукалывание, 40% недовольны эффективностью терапии. Половина использует безрецептурные анальгетики. Среди рецептурных препаратов в Европе используются НПВС (44%), парацетамол (18%), легкие (23%) и сильные опиоиды (5%).

Врачи зачастую устанавливают пациентам диагнозы, которые относят их боль к психологическим расстройствам, вследствие скептицизма по поводу достоверности или тяжести боли. При этом разделение этиологии на органическую и психогенную не имеет научного обоснования. Тазовая боль определяется как связанная со «стрессом» как у мужчин, так и у женщин [4–6]. Важно, что в 50% случаев выяснить органическую причину боли не удается [7, 8].

Выделяется широкий ряд причин, приводящих к соматоформным расстройствам, связанным с ХТБ [9]:

Биологические факторы:

- стрессы;
- длительные конфликты;
- длительная болезнь;
- низкий порог чувствительности.

Психологические факторы:

- тревожность;
- вегетативные проявления (учащение сердцебиения и дыхания), усиливающие тревогу и страх.

Социальные факторы:

- высокий уровень урбанизации;
- повышение стрессогенности: высокий темп жизни, частые перемены, многозадачность;
- недостаток близких и доверительных отношений;
- конкурентная среда.

Также в контексте взаимосвязанности психосоматики и ХТБ отмечалось, что 36% пациенток гинекологических отделений имеют соматоформные расстройства [10]. Также болевые расстройства выявляются у 20–40% больных, обращающихся к ■

психиатрам и специалистам по пограничной психиатрии [11]. У 40% женщин, страдающих СХТБ, была диагностирована депрессия или другие аффективные расстройства [12].

Тазовая боль способна вызывать физические и психоэмоциональные расстройства: бессонницу, потерю аппетита, семейные и сексуальные проблемы, приводящие к разводу, депрессии, потере трудоспособности и психологическим расстройствам [13, 14].

Общим проявлением синдрома для мужчин и женщин признана боль:

- тупые, ноющие, тянущие, давящие ощущения, неострая боль;
- распространяющаяся в промежность, область ануса, бедра, ягодицы, реже — в живот и грудную клетку;
- периодически возникающие болевые кризы (боль усиливается без видимой причины);
- дискомфорт становится причиной ипохондрии, апатии.

У мужчин чаще возникают дизурические расстройства, похожие на хронический цистит или простатит. Зачастую снижается либидо, развивается эректильная дисфункция. Возможны нарушения пищеварения и отсутствие аппетита. В некоторых случаях наблюдаются нарушения чувствительности в области гениталий, ощущения покалывания или холода. У женщин болевые ощущения часто отдают в ягодицы, бедра, промежность, половые губы. Усиливаются во время физических нагрузок, в статичном положении, при поднятии тяжестей, во время полового акта, в период овуляции и менструации. Часто наблюдаются раздражительность, бессонница, снижение работоспособности. Постепенно развивается депрессия.

Во многих случаях у мужчин наблюдается простатический болевой синдром (ПБС), факторами риска которого выступают инфекции, генетические, анатомические, нервно-мышечные, эндокринные, иммунные (включая аутоиммунные) или психологические механизмы. Они приводят к развитию периферического самоподдерживающегося иммунологического воспалительного состояния и/или нейрогенного повреждения, вызывая острую, а затем хроническую боль. Сенсibilизация периферической и центральной нервной системы, включая нейропластичность, может приводить к централизованному состоянию нейропатической боли. Это также объясняет, почему при СХТБ обычно не выявляется изменений тканей [15]. Характерно, что фактором риска ПБС может выступать тревожность [16].

Также выделяют мочепузырный болевой синдром (МБС), основным фактором риска которого является первичная нераспознанная травма мочевого пузыря, которая приводит к повреждению уротелия, нейрогенному воспалению и боли. Также боль может быть местным проявлением системного расстройства. Инфекционное поражение в этом случае отсутствует. Важной составляющей МБС типа 3С является



панцистит и связанные с ним перинеуральные воспалительные инфильтраты наряду с увеличением количества тучных клеток. Эти изменения редко наблюдаются при неязвенной форме МБС [17]. Данные цистоскопии и биопсии при язвенной и неязвенной форме показывают нарушение гликозаминогликанового слоя уротелия, в результате чего подслизистые структуры могут подвергаться воздействию компонентов мочи с развитием цитотоксического эффекта.

Распространенность МБС достигает 30%, причем женщины страдают им в 10 раз чаще, чем мужчины [18]. При этом 90% пациентов с интерстициальным циститом составляют женщины. У них заболевание часто сочетается с фибромиалгией, синдромом хронической усталости и синдромом раздраженного кишечника, что указывает на общность патогенетических механизмов формирования боли [19; 20].

Близость уретры и мочевого пузыря является основанием для утверждения, что формой МБС может являться уретральный болевой синдром [21]. Другой возможный механизм заключается в нейропатической гиперчувствительности после инфекции мочевых путей [22]. На сегодня остается неизученной связь уретрального болевого синдрома с гинекологической и акушерской патологией [23].

Также часто не связана со специфической патологией боль в мошонке. В иннервации мошонки принимают участие подвздошно-паховый, бедренно-половой и срамной нервы. Любая патология или вмешательство в зоне отхождения или по ходу нервов может привести к появлению боли [24]. Описаны две особые формы мошоночного болевого синдрома. Первая — поствазэктомический болевой синдром (2–20% случаев), при вазэктомии без скальпеля наблюдается реже [25]. Вторая — боль после пластики паховой грыжи. Почти во всех исследованиях частота мошоночной боли была значительно выше в группе лапароскопии по сравнению с открытой операцией [26].

Как подчеркнул Павел Ильич, далеко не всегда боль локализуется в той зоне, где на самом деле происходит некий патологический процесс. Отраженная боль может быть сомато-соматической или висцеро-висцеральной. Причина кроется в конвергенции нервных путей. Аfferентные волокна от висцерального органа и соматической зоны отраженной боли сходятся в одном и том же нейроне второго порядка. Более высокие центры получают сигналы из этих нейронов, и они не способны разделить две возможные локализации болевого сигнала [27].

Также Павел Ильич напомнил о теории нейрогенного воспаления, согласно которой оно возникает в нижних мочевых путях под воздействием биологически активных веществ (субстанция Р), выделяемых ноцицептивными нервными окончаниями. Этот эффект является следствием периферической тазовой нейропатии. ■

Раздражение предстательной железы, мочевого пузыря и мышц тазового дна приводит к экспрессии с-Fos-позитивных клеток в ЦНС. В них, по-видимому, происходит перенаправление афферентной информации на центральные пути. После появления изменений ЦНС они становятся независимыми от периферической афферентации, которая изначально их вызвала [28].

Сегодня доступны данные литературы, которые свидетельствуют о том, что психологические характеристики пациенток без физикальных изменений, которые могли бы потенциально относиться к боли, отличаются от таковых у женщин с физикальными изменениями [29].

Выделяются также вагинальный и вульварный болевые синдромы. Боль во влагалище или женских наружных половых органах, как правило, связана с инфекцией или травмой после родов или операции. Обычно она предшествует диспареунии. При сохранении боли в течение более шести месяцев устанавливается диагноз «вульварный болевой синдром», который раньше был известен как вульвадения или хроническая вагинальная боль без установленной причины. Это состояние по-прежнему до конца не изучено и трудно поддается лечению. Описано два основных типа вульварного болевого синдрома: генерализованный, при котором боль появляется в различных зонах вульвы в разное время, и локальный, когда боль определяется во входе во влагалище.

Наиболее частой причиной ХТБ среди гинекологических пациенток является сочетание варикозного расширения вен малого таза в 37–40% случаев, эндометриоза — в 20–25% случаев и воспалительных заболеваний органов малого таза. Хронический сальпингоофорит — 10–15%, миома матки — 10–12%, альгодисменорея и кистозные изменения яичников — 5–6% [30].

К числу других возможных причин вульводинии относят сексуальное насилие в анамнезе, длительный прием антибиотиков, гиперчувствительность к грибковым инфекциям, аллергию на химические или другие вещества, патологический воспалительный ответ, генетический и негенетический, на инфекцию и травму, повреждение или раздражение нервов или мышц, а также гормональные изменения.

Также на сегодня доступны данные, подтверждающие взаимосвязь между ХТБ и использованием синтетических сеток для коррекции пролапса органов малого таза и недержания мочи. Частота осложнений этих операций составляет около 10% [31]. Они включают в себя хроническую боль, хроническую инфекцию, эрозию сетки в соседние органы, например влагалище, уретру и мочевой пузырь, а также повреждение нервов и скелетно-мышечных структур, которое может снижать подвижность [32]. Если болевой синдром трудно поддается лечению и не проходит со временем, может потребоваться удаление сетки. В случае ее сохранения может развиваться ХТБ.

Точный механизм развития неизвестен, но считается, что в его основе лежит нейровоспалительный процесс по аналогии с невралгией после установки сетки для коррекции грыжи [33].

В неврологической практике распространенность ХТБ у женщин составляет 14–23%, причем характерна гипердиагностика остеохондроза позвоночника. В неврологии принято подразделять больных по жалобам: боль в копчике в результате травмы, после родов или блокады крестцово-копчикового сочленения. При этом не учитываются истинные причины боли, которая зачастую носит отраженный характер [34, 35].

Также причиной ХТБ может служить повреждение периферических нервов, в основном срамного. При сборе анамнеза учитываются прямое повреждение нерва при колоректальных, урологических, гинекологических вмешательствах, сепсис, травмы, синдром грушевидной мышцы, в редких случаях — длительная езда на велосипеде, а также последствия травмы при родах. Роды и повторное напряжение брюшной полости, связанные с хроническими запорами, могут предрасполагать женщин пожилого возраста к опущению тазового дна в постменопаузальном возрасте и натяжению срамного нерва, которое вызывает боль [36].

Тазовая боль у женщин часто ассоциируется с синдромом опущения тазового дна (51% случаев, а в 27% случаев характеризуется как аноректальный спазм). Необходимо провести дифференциальную диагностику с кокцигодинией, наблюдаемой в 16,5% случаев, и невропатией срамного нерва — в 4,5% случаев.

Также ХТБ может быть проявлением простой формы миалгии, связанной с мышечным спазмом. Исследования в области хронического простатита поддерживают гипотезу, что у пациентов с ХТБ чаще выявляются мышечный спазм и повышенный мышечный тонус при пальпации мышц тазового дна [37]. В одном когортном исследовании болезненность каких-либо мышц определялась у 51% пациентов с простатитом и только 7% лиц из контрольной группы. Болезненность мышц тазового дна отмечалась только в группе ХТБ [38].

К числу других болевых расстройств без урологической причины относят дисменорею, инфекции (необходимо исключать воспалительные заболевания органов малого таза и ЗППП), а также эндометриоз и аденомиоз.

Павел Ильич в заключение отметил, что, согласно Европейским клиническим рекомендациям, механизмы ХТБ включают нейропластичность и нейропатическую боль, которые усиливают восприятие афферентных стимулов, что может вызывать изменение чувствительности и болезненные ощущения. Механизмы нейропластичности оказывают влияние на органы-мишени, что во многих случаях объясняет появление симптомов нарушения их функции. Диагноз СХТБ как болевого синдрома имеет ■

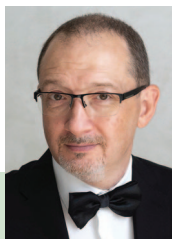
важное значение, поскольку он требует холистического подхода к лечению с участием многопрофильной команды. Все специалисты, участвующие в лечении, должны при этом обладать знаниями по периферическим и центральным механизмам боли. Первичное обследование пациентов включает методы исследования специфических областей, связанных с тазовой болью, оценку функциональных, эмоциональных, поведенческих, сексуальных и других аспектов качества жизни, в том числе влияния на работу и социализацию. Лечение проводится с учетом всех имеющихся симптомов. ■

Источники:

1. Engeler D et al. *Guidelines on chronic pelvic pain*, EAU, 2018
2. Brevik H et al. *Eur J Pain*, 2004
3. Brevik H et al. *Eur J Pain*, 2016
4. Savidge CJ et al. *J Health Psychol*, 1998
5. Zondervan KT et al. *Br J Gen Pract*, 2001
6. Price J et al. *BJOG*, 2006
7. Britt H et al. *Aust Fam Phys*, 1994
8. Loizeau E. *Rev Med Suisse Romande*, 1995
9. Айриянц И.Р., Язубов М.И., 2020
10. Смелевич А.Б. *Психосоматические расстройства* //koob.ru
11. Benajamin S, *J Psychosom Res*, 1989
12. Trutnovsky G et al. *J Psychosom Obst Gyn*, 2018
13. Riegel B. et al. *J Psychosom Res*, 2014
14. Ter Kuile MM et al. *J Sex Med*, 2010
15. Nickel J et al. *Rev Urol*, 2007
16. Chung SD et al. *PLoS ONE*, 2013
17. Sanchez-Freire V et al. *J Urol*, 2011
18. Bonkat G et al. *EAU*, 2018
19. Sung Tae Cho, *Urogenit Tract Infect*, 2017
20. Warren JW et al. *Urology*, 2011
21. Parsons CL, *BJU Int*, 2011
22. Kaur H. et al. *Obst Gyn Surv*, 2007
23. Gurel H et al. *Obst Gyn Reprod Biol*, 1999
24. Eklund A et al. *Br J Surg*, 2010
25. Nariculam J et al. *BJU Int*, 2007
26. Hallen M et al. *Surgery*, 2008
27. Giamberardino MA et al. *Pain*, 2010
28. Ishigooka M et al. *J Urol*, 2000
29. Savidge CJ et al. *J Psychosom Res*, 1997
30. Шурняк С. А. *Health of Woman*, 2016
31. Keltie K. *Sci Rep*, 2017
32. Wang C et al. *Neurourol Urodyn*, 2018
33. Khatri G et al. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 2017
34. Кайзер А. М. М: Бином, 2011
35. Шостак Н. А. и соавт. *Клиницист*, 2010
36. Amarenco G et al. *Ann Urol*, 1990
37. Hetrick DC et al. *J Urol*, 2003
38. Shoskes DA et al. *J Urol*, 2008



Сексуальные нарушения при СХТБ



Раснер П.И.
Д.м.н., руководитель клиники урологии,
заместитель главного врача по урологии
Клиники «К+31», профессор кафедры
урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
(г. Москва)



О негативных сексуальных аспектах, связанных с хронической тазовой болью, рассказал руководитель клиники урологии «К+31», заместитель главного врача клиники по урологии, профессор Павел Ильич Раснер.

При опросе 50 пациенток с хронической тазовой болью (ХТБ) и их партнеров в Великобритании 78% женщин и 84% партнеров отмечали ухудшения половой жизни вплоть до полного ее прекращения [1]. Когда один из партнеров страдает от хронической боли, прогностическими факторами сексуальной функции являются способность обоих партнеров справляться с болью и степень, с которой партнер поддерживает пациента с хронической болью [2].

Что касается ХТБ у мужчин, в английском исследовании у 73% пациентов с хронической болью отмечались сексуальные расстройства, связанные с ней [3]. Отмечались сопряженные с ХТБ психологические (снижение самооценки, депрессия и тревожность) и физиологические (тошнота, боль, частый прием препаратов, включая опиаты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) факторы.

Для оценки симптомов у таких пациентов используется шкала МИЭФ (Международный индекс эректильной функции). Оцениваются в том числе показатели эректильной функции, оргазма, сексуального желания, удовлетворения от полового акта и общего сексуального удовлетворения. Вопрос о наличии боли следует прояснять отдельно, поскольку по результатам МИЭФ ответ будет неочевидным.

Согласно доступным на сегодня данным литературы, наличие тазовой боли повышает риск развития эректильной дисфункции вне зависимости от возраста [4]. У женщин — партнерш мужчин с сексуальной дисфункцией и депрессией часто появляются аналогичные жалобы, включая боль при половом акте и депрессивные симптомы [5]. У мужчин с ХТБ часто распадаются сексуальные отношения и появляются психологические симптомы, например депрессия и суицидальные настроения [6]. ■

Кроме того, две трети женщин с ХТБ отмечают снижение частоты половых актов [7]. Пациентки с тазовой болью значительно чаще предъявляют жалобы на боль, депрессию и симптомы тревожности. Также у них значительно хуже общее физическое состояние, чем у женщин в контрольных группах [8].

Павел Ильич перечислил 11 причин, из-за которых женщины зачастую испытывают боль во время секса:

- недостаточная лубрикация,
- операция или травма;
- воспаление, инфекция или раздражение;
- вагинизм;
- врожденные аномалии;
- возрастная атрофия мышц влагалища;
- интерстициальный цистит;
- вульводиния;
- эндометриоз;
- неудобная поза при сексе и анатомические несоответствия;
- психологические проблемы.

Профессор подчеркнул, что примерно в 50% случаев не удастся найти органическую причину болей [9, 10].

Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов от 2021 г., симптомы простатического болевого синдрома (ПБС) чаще встречаются у пациентов с сексуальными, физическими или эмоциональными перегрузками. Также у них часто наблюдается сексуальная дисфункция. Основные жалобы включают эректильную дисфункцию и нарушение эякуляции. У женщин с СХТБ снижены показатели всех доменов сексуальной функции. К самым частым дисфункциям относятся избегание сексуальных контактов, диспареуния и вагинизм. Синдром вульварной боли обычно связан с мочепузырным болевым синдромом (МБС). Женщины с МБС значительно чаще страдают от страха боли, диспареунии и снижения полового влечения. Важным является тот факт, что мышцы тазового дна участвуют в возбуждении и организмической фазе сексуального ответа. Пациентам с СХТБ рекомендуется проводить скрининг на пережитое сексуальное насилие различного характера [11].

Во многих исследованиях описана высокая частота сексуального насилия в детском возрасте у взрослых пациентов с персистирующей болью, особенно с ХТБ у женщин. В этих работах показано, что у женщин с ХТБ в анамнезе чаще имеется сексуальное насилие или травма, тревожность и депрессия [12–14].



В лечении женской сексуальной дисфункции при ХТБ важно участие психолога и сексолога, в том числе парное консультирование. Могут рекомендоваться альтернативная сексуальная активность, смена позы, выбор темпа фрикций, а также применение гормональных вагинальных кремов [15]. В литературе, однако, не опубликовано ни одного подобного списка рекомендаций для мужчин.

Сегодня ряд болевых синдромов, которые влияют на сексуальную активность, диагностируются как сексуальные расстройства (например, диспареуния), несмотря на то, что боль является центральной проблемой и не связана только с сексуальной активностью [16].

По данным на 1999 г., диспареуния диагностировалась у 8–21% женщин в США [17]. В Иране из 319 опрошенных женщин в возрасте 15–49 лет она имела у 54,5% [18].

Как подчеркнул Павел Ильич, стратегии лечения, направленные на уменьшение боли, имеют значение в плане изменения сексуальности. Интимная близость и половой акт представляют собой положительный опыт, который позволяет уменьшить боль. Важную роль в этом механизме играет ЦНС. ■

Источники:

1. Maruta T et al. *Mayo Clin Proc*, 1981
2. Flor H et al. *J Psychosom Res*, 1987
3. Amber N et al. *Clin J Pain*, 2001
4. Chen X et al. *PLoS One*, 2015
5. Berghuis JP et al. *J Psychosom*, 1996
6. Muller A et al. *Curr Opin Urol*, 2005
7. Paice J, *Am J Nurs*, 2003
8. Ter Kuile MM et al. *J Sex Med*, 2010
9. Britt H et al. *Aust Fam Phys*, 1994
10. Loizeau E, *Rev Med Suisse Romande*, 1995
11. *EAU Guidelines*, 2021
12. Angst J, *Int Clin Psychopharmacol*, 1998
13. McGowan L et al. *Psychol Health*, 1998
14. Walker EA et al. *Psychosomatics*, 1995
15. Kellog-Spadt S et al. 2006
16. Binik YM, *Arch Sex Behav*, 2010
17. Laumann EO et al. *JAMA*, 1999
18. Sobhgol SS et al. *Int J Impot Res*, 2007

Простатический болевой синдром



Коган М.И.
Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии РГМУ и член президиума Российского общества урологов (г. Ростов-на-Дону)



Простатическая боль является вариантом урологического синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) наряду с мочепузырной, уретральной, пенильной и мошоночной болью.

Частота и виды боли

Относительно распространенности простатической боли Михаил Иосифович привел результаты австрийского исследования 2007 г., где приняли участие 1765 здоровых мужчин, средний возраст которых составил 46,3 лет. Они заполняли несколько опросников: по симптомам нижних мочевых путей (СНМП) — опросник I-PSS, по СХТБ — CPSI и по эректильной дисфункции (ЭД) — ПЕФ5. Распространенность СХТБ составила порядка 16,4% независимо от возраста мужчины. Также, сравнивая результаты опросников, удалось установить, что СХТБ имеет значительное негативное влияние на эректильную функцию и мочеиспускание [Marszalek M. et al., 2007].

По мнению профессора, для простатической боли характерна триада симптомов:

1. Боль (100% случаев): локализация — промежность, надлонная область, половой член, крестец, пах или нижняя часть спины, во время или после эякуляции.
2. Симптомы со стороны нижних мочевых путей (70% случаев).
3. Эректильная дисфункция (25–56% случаев).

При этом, как правило, степень восприятия боли неадекватна обнаруженному обычными средствами повреждению тканей.

Михаил Иосифович привел результаты собственного проспективного рандомизированного открытого сравнительного исследования с участием 323 пациентов мужского пола, у большинства из которых был диагностирован хронический про-



статит / СХТБ. Из них у 125 человек был диагностирован хронический абактериальный простатит (ХАП) формы IIIA, у 125 — ХАП IIIB, и еще 50 человек вошли в группу контроля. Средний возраст пациентов в первой группе составил 34 года, во второй — 32 года, в контрольной группе — 22. В первой группе средняя длительность болезни равнялась двум годам, во второй — четырем.

Оценка боли

Международное общество по изучению боли (IASP) определяет боль как «неприятное ощущение и эмоциональный опыт, связанные с текущим потенциальным повреждением ткани или описанные в таких терминах, как описывается повреждение». Выделяются два типа боли: воспалительная (при травме или воспалении) и нейропатическая (при поражении периферической или центральной нервной системы).

Исследование боли у пациента включает в себя ряд мероприятий, среди которых:

- оценка тяжести боли;
- изучение детальной истории боли с учетом ее характера и интенсивности;
- исследование психологического состояния пациента, включая оценку настроения и умения справиться с ответом на вопрос врача;
- выполнение физикального обследования с акцентом на неврологическое исследование;
- создание рабочей диагностической программы, чтобы определить причину боли, включая опухолевые маркеры, радиологические исследования, в том числе сканирования и т. д.

Во многих случаях по итогам требуется переоценка ранее назначенной терапии.

Начальная оценка боли должна включать следующие характеристики:

- Облегчающие или провоцирующие факторы: «Что делает боль менее интенсивной?»
- Качество: «На что она похожа?»
- Иррадиация: «Куда и насколько широко она распространяется?»
- Тяжесть: «Насколько тяжела боль?»
- Временные характеристики: «Она постоянна или приходит и уходит?»

Как подчеркнул Михаил Иосифович, боль представляет собой многоизмеримый сложный феномен и не описывается с помощью универсальных способов. ■

Тем не менее для примерной оценки ее выраженности используется Визуальная аналоговая шкала (с вербальным компонентом), где по внешнему виду и личным свидетельствам пациента дается оценка от 0 (нет боли) до 10 (ужасная боль). В исследовании группы Михаила Иосифовича у пациентов из первой группы боль оценивалась в среднем на 3 балла, а из второй — на 5. Таким образом, уровень качества жизни при ХАП формы ШБ оказался значительно ниже, чем при ХАБ формы ША. Симптомы нижних мочевых путей оценивались, согласно опроснику I-PSS, на 5 (75% пациентов) в первой группе и на 2 — во второй (54,8% пациентов). Средний показатель по МИЭФ-5 у пациентов первой группы составил 18, а второй — 16. Как известно, согласно этому опроснику, нормальная эректильная функция оценивается на 22 балла и выше. В первой группе численность пациентов с ЭД составляла 27,2%, а во второй — 50,8%. Таким образом, можно заключить, что расстройства эрекции чаще связаны с ХАБ формы ШБ, то есть при невоспалительном процессе.

При проведении у пациентов УЗИ и цветового доплеровского картирования для рассмотрения особенностей артериальной гемодинамики простаты при ХАП отмечено, что пиковая систолическая скорость артериального простатического кровотока отличается в группах пациентов. Степень редукции артериальной гемодинамики при формах ХАП значительно варьирует. Высокая степень редукции, отображающая гипоксию, характерна для формы ХАП ШБ. Установлены достоверные корреляционные связи между симптомами и степенью редукции артериального интрапростатического кровотока при ХАП ШБ: так, боль и эректильная дисфункция связаны с поражением всех сосудистых групп, а СНМП — капсулярных сосудов. Более тяжелые симптомы закономерно отмечаются при наиболее тяжелых нарушениях артериального притока к простате.

При проведении МСКТ таза в режиме ангиографии «нормативные» параметры были получены только в 20% случаев. В 80% случаев выявлена асимметрия сосудистого русла простаты и мочевого пузыря с отсутствием в 30% случаев мелких сегментарных артерий. На МРТ таза в абсолютном большинстве случаев (80%) наблюдались изменения в анатомической структуре мышц тазового дна.

Роль иннервации тазовых органов в развитии СХТБ

Михаил Иосифович считает, что врач-уролог должен хорошо разбираться в иннервации тазовых органов. В собственном исследовании была произведена ней-

рофизиологическая оценка пациентов с ХАП ШБ методом электромиографии. Амплитуда потенциалов действия двигательной единицы (ПДДЕ) оказалась повышена в 59,4%, их продолжительность больше нормативной в 65,6% случаев. Количество полифазных ПДДЕ — 71,4% случаев, плотность ПДДЕ повышена (7–15 на точку). Отмечена соматогенная дисфункция диафрагмы таза в виде спастического состояния анального сфинктера, зафиксирована корреляция с интенсивностью боли в тазовом регионе. Также при электромиографии срамного нерва установлены увеличение латентного периода бульбокавернозного рефлекса (БКР) (68,8%), повышение его рефрактерного периода (56,3%) и асимметрия БКР (31,3%). Отмечено снижение амплитуды сокращения мышц. Как итог, выявлена дисфункция автономной и соматической нервных систем. Получена достоверная сильная корреляционная связь между патологией поперечно-полосатой мускулатуры тазового дна, нарушением целостности сакрального рефлекса и тяжестью боли в области таза.

Маркеры СХТБ

У части больных была выполнена пункционная трансректальная биопсия простаты. Отмечено сужение просвета артериол за счет спазма гладких мышц и парциального гиалиноза их стенки. Зачастую присутствовали очаги выраженного периваскулярного и межмышечного фиброза. По результатам иммуногистохимического исследования зафиксировано снижение экспрессии маркеров CD34 и CD31 в эндотелии сосудов, а также снижение экспрессии NSE и S-100 в нервных волокнах. Немногочисленные нервные стволы оказались «задавлены» соединительной тканью.

Выводы

Завершая свое выступление, Михаил Иосифович напомнил, что, в то время как хронический бактериальный простатит имеет в своей основе инфекционно-воспалительную природу, боли в простате связываются не только с воспалением, но также с нейропатией и ишемией вместе и по отдельности, что сопровождается развитием абактериального воспаления.

Таким образом, причина боли в простате может быть связана с единственным фактором или их комбинацией. Для их уточнения и выбора верной терапевтической тактики необходим вдумчивый диагностический подход. ■

Лечение простатического болевого синдрома



Шпилень Е.С.
Д.м.н, профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО
«Северо-Западный Государственный Медицинский
Университет им. И.И. Мечникова»
(г. Санкт-Петербург)



В рамках онлайн-курса, проходящего при поддержке компании STADA и посвященного синдрому хронической тазовой боли, лекцию о лечении простатического болевого синдрома прочел доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Евгений Семенович Шпилень.

Лечение простатического болевого синдрома является одной из актуальнейших задач урологии, проблема эта — бесконечно древняя. Как считают американские специалисты, более полутора миллиардов мужчин жалуются на не всегда объяснимую боль. Причем значительная часть из них жалуется именно на боли в тазу, ассоциируя их с зоной предстательной железы.

Как это лечить и что с этим делать? Профессор перечислил основные факторы, которые, с его точки зрения, являются залогом успешного лечения синдрома хронической тазовой боли.

Необходимо прежде всего обратиться к законам пропедевтики. Для того, чтобы мы успели успешно вылечить заболевание, нам необходимо его четко определить, четко представлять эпидемиологические данные, этиопатогенез, классификацию, понимать диагностические мероприятия, иметь четкие протоколы профилактики и лечения.

Имеет ли значение образ жизни?

Простатический болевой синдром является сегментом синдрома хронической тазовой боли, и здесь очень много вопросов, ответы на которые пока не получены.



Часть исследований утверждает, что эффективным методом профилактики является здоровый образ жизни, но широкое исследование говорит о том, что связать какие-то характеристики образа жизни с тем, что может развиваться болевой синдром, достаточно сложно. Иллюстрируя данный тезис, ученый привел данные исследования 2015 г., направленного на профилактику простатического болевого синдрома [1]. В ходе этого исследования было обследовано 51 529 мужчин в возрастном диапазоне 40–75 лет, что с достаточной достоверностью показало: *ни один из факторов образа жизни не был убедительно связан с риском простатического болевого синдрома или хронического простатита.*

Сколько пациентов с СХТБ?

Если говорить о классической и привычной нам картине, то и здесь все довольно сложно: боли могут иррадиировать в самые разные зоны, иметь весьма разнообразный спектр. Как показало исследование 2012 г. [2], боль при хроническом простатите может быть локализована в промежности, яичках, в лобковой области, на кончике пениса, при эякуляции, у 43% пациентов имеет место дизурия. Количество тоже спорно. Если взять, к примеру, обследование национальной гвардии, то мы получим лишь 5% страдающих простатическим болевым синдромом. Но в реальной жизни им страдает практически половина пациентов, переступающих кабинет уролога. Цифра, которая была озвучена Европейской и Американской ассоциациями [3, 4] урологов и которая актуальна на сегодняшний день, говорит о том, что у нас нет четких представлений о количестве этих пациентов.

Сложности диагноза и классификации

Соответственно, возникают новые проблемы. Конечно, хотелось бы четко определить это заболевание. Вот уже несколько лет нам преподносится следующее: для постановки диагноза боль (периодическая или постоянная) должна продолжаться более трех месяцев, она должна воспроизводиться в процессе пальпации простаты при ректальном исследовании (о чем часто забывают), должны отсутствовать инфекционные процессы и иные локальные патологии, боль ассоциирована с когнитивными, эмоциональными, поведенческими, сексуальными проблемами, ■

симптомами нижних мочевых путей. Это определение весьма размыто, но дело не только в нем, а еще и в этиопатогенезе. Здесь проблем еще больше. Есть различные теории, они продолжают появляться, у каждой из них есть обоснованные серьезные позиции и доказательная база [5]. Они связаны и с воспалительным процессом, которого, вроде, не должно быть, и с гормональными проблемами, окислительными стрессами, проблемами, которые уходят в зону неврологии — миофасциальным синдромом, ишемическими процессами. За каждым из параметров стоит серия серьезных крупных исследований, но в реальности, как мы понимаем, при таком количестве теорий у нас нет четкого определения причин возникновения данной ситуации.

А если нет четкой причины, то нет и возможности классификации. На сегодняшний день МКБ-10 дает весьма расплывчатое определение данного недуга. Хотя есть информация, что в грядущей МКБ-11 синдром хронической тазовой боли появится уже как самостоятельная нозологическая единица. Это должно решить определенный круг проблем.

Классификация, предложенная мировой урологической общественностью, является для клинициста весьма сложной: в ней очень много позиций, предполагается, что в процессе обследования и лечения должно участвовать по меньшей мере шесть или семь врачей. Это достаточно сложно. Для того чтобы облегчить нам задачу, исследователь из Кливленда Д.А. Шоскес [6] предложил в свое время систему UPOINT, которая набирает популярность в нашей стране. Он написал книгу об этой простой системе «снежинки», которая позволяет нам направить стрелки нашего лечения. «Но, — подчеркнул Евгений Семенович, — мы с вами понимаем, что Кливленд — достаточно холодный штат, и снежинки там могут складываться в огромные сугробы». Сложение позиций в системе UPOINT приводит к тому, что мы получаем 356% как минимум различных форм сложения. К тому же продолжается дискуссия о сексуальном домене и возможности его добавления. Сексуальный аспект в свою очередь приводит к необходимости учитывать еще и аспекты социальные. Пациенты с синдромом хронической тазовой боли социально дезадаптированы, у них рушатся межличностные отношения в семье, в половой сфере, возникают проблемы на работе, проблемы, связанные вообще с восприятием мира в целом. Об этом очень много пишется, существуют различные исследования на данную тему [7].



Лечебный спектр СХТБ

Что касается лечения хронического простатита и простатического болевого синдрома, то на сегодняшний день предлагается достаточно большой спектр самых различных вариантов. Было где-то 16 теорий, столько же приблизительно вариантов лечения, направленностей лечения или их сочетания. Беда в том, что комплексный анализ по меньшей мере 100 исследований [8], посвященных различным сочетаниям, говорит о том, что у нас на сегодняшний день не существует монотерапии в данной области. Сочетания различных видов терапии также не обладают доказанной эффективностью и требуют дальнейшего развития. Поэтому неудивительно, что в сегодняшнем европейском руководстве звучат призывы, схожие, как заметил лектор, с временами Советского Союза, когда все было размыто и больше было похоже на агитацию («Нам нужен целостный подход», «Нам нужно работать не изолированно, а вместе», «Нам нужно больше персонализировать стратегию лечения» и т. д.). За этим стоят, как считает профессор, размытые понятия. Из-за этого все чаще объемнее становятся главы, посвященные каннабиноидам и опиоидам в лечении хронической тазовой боли и простатического синдрома.

В российской практике существует свой подход к терапии таких заболеваний. В недавно вышедшей работе, посвященной обезболиванию в урологии [9], можно найти рекомендации, схожие с европейскими (там довольно широкий список физиотерапевтических мероприятий), но также там появляются и биорегуляторные пептиды, та отдельная позиция, которой как раз в европейских рекомендациях нет, что и вызывает определенный интерес к этой теме.

Пептиды в урологии

Соответственно, урологи понимают, что реалии сегодняшнего дня приводят к тому, что все домены или их большая часть все равно лягут именно на плечи уролога. И именно урологи с интересом ждут того или иного средства, которое могло бы помочь им облегчить страдания этой категории пациентов — чтобы был правильный путь, цель, молекула, польза / риск. Сегодня мы располагаем такой возможностью, можем создать такой препарат. Его создание происходило в несколько этапов: оно начинается с И.И. Мечникова и его фагоцитарной теории иммунитета, а всего состоит из восьми этапов и разработок ученых, ■

получивших Нобелевские премии (М. Ниренберг, П. Догерти, Ф. Арнольд и др.). Неслучайно сегодня перспективы пептидов широко изучаются, привлекают внимание самых различных ученых [10]. Их пытаются добыть самыми разными путями — из микроорганизмов, насекомых, животных, человека, растений. Интерес к пептидам в области урологической, в том числе — для терапии мочекаменной болезни, онкологии — становится сегодня все более и более значимым.

Доктор биологических наук и заслуженный профессор МГУ И.П. Ашмарин открыл нам возможность использования молекул-сигнализаторов, которые переносят конкретную информацию в сложнейшем клеточном мире, они являются универсальными биорегуляторами определенных для них функций. Профессор Ашмарин описал эффект пептидного каскада, на который на сегодняшний день клиницисты больше всего опираются. Мельчайший пептид проникает через цитоплазматическую мембрану, взаимодействует с определенным участком ДНК и непосредственно с конкретным геном. Образуется РНК, синтезируются определенные белки, которые в свою очередь начинают выполнять специфические для данного органа функции. «Так мы получили возможность использования "правильной молекулы с правильной целью"», — подчеркнул Шпиленя. Реально сегодня урологи имеют комплекс биологически активных пептидов, выделенных из предстательной железы молодых быков. Применяется метод ультрафильтрации комплекса: выделяется лечебная форма препарата, состоящая из пептидов, молекулярная масса которых не превышает 5000 Да. Он легко проникает в клеточную структуру, причем технология изготовления не так сложна. Цель в данном случае — направленная коррекция функциональной активности клетки простаты.

Поскольку препарат и само направление не новое, за 20 с лишним лет его использования в урологии появился достаточно большой спектр доказательных работ на эту тему [11]. Мы имеем благодаря им представление о том, что именно происходит при воздействии простатического пептида — иммуномодулирующее и иммуностимулирующее действие, очень важно улучшение кровообращения, антикоагулянтные свойства, противовоспалительное действие, синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител, межклеточные взаимодействия и восстановление функциональной активности простаты, а также противоотечный и дренирующий эффект.

Что касается результата использования пептидов в комплексной терапии применительно к системе UPOINT [12], то виден весьма убедительный успех и по по-



зиции мочеиспускания, и по уменьшению простаты, и по боли, и по качеству жизни. Это говорит о достаточно прочном успехе, свидетельствует о возможности и целесообразности использования этих препаратов.

Еще одна недавняя работа свидетельствует о том, что в комплексной терапии пептидами мы способствуем и снижению болевого синдрома, и положительным изменениям в половой сфере, в частности, восстановлению кровоснабжения простаты способствует улучшению эрекции [13]. Акцессорные артерии проходят по переднелатеральным поверхностям простаты и являются важными источниками кровоснабжения полового члена. У больных с длительно протекающим инфекционным простатитом трансректальная фармакоэходоплерография показала достоверное снижение показателей артериальной перфузии в дополнительных половых артериях у 70% лиц мужской популяции.

Россия является единственной страной, которая разработала таблетированный пептид. Существуют различные сравнительные его исследования. При простатическом болевом синдроме с контрольной группой кетонала имеем по состоянию простатической шкалы весьма убедительный успех — 23% [14]. Таблетированная форма чрезвычайно интересна тем, что может быть использована в профилактических целях — для предотвращения роста предстательной железы.

Важный аспект, связанный с простатическим болевым синдромом, — это бесплодие. Снижение качества сперматогенеза происходит при хроническом простатите, причем наши традиционные методы лечения подчас еще больше усугубляют этот процесс. Исследования показывают [15], что применение препарата Витапрост® (суппозитории ректальные 50 мг с последующим приемом препарата в форме таблеток 100 мг) положительно влияет на основные показатели сперматогенеза, на субъективные и объективные симптомы хронического простатита.

Роль инфекции и антимикробной терапии

Далее лектор перешел к разговору о природе простатического болевого синдрома, которая до сих пор не ясна. Имеет ли данное заболевание неинфекционную природу или просто мы не обладаем достаточными возможностями для поиска инфекции? Лектор акцентировал, что глубокое изучение будет неизбежно приводить к тому, что мы все же найдем ту или иную внутриклеточную инфекцию, и, следовательно, текущая повестка дня связана с применением антибиотиков в ■

терапии простатического болевого синдрома: они не должны сниматься с лечения. Это абсолютно оправдано: антибактериальная терапия чаще успешна при первичном обращении независимо от бактериального агента.

Все мировые рекомендации в унисон говорят о том, что среди антибиотиков именно фторхинолоны были и остаются в этой узкой сфере незаменимыми для урологов. Что очень важно, мы все равно помним о резистентности, различных проблемах, которые связаны с фторхинолонами. Но среди них есть препарат ломефлоксацин, у которого достаточно скромные показатели относительно развития резистентности, он относится к категории «мягких» фторхинолонов, не оказывающих мутогенного и токсического действия. Эти препараты очень интересны, несмотря на то что на сегодняшний день фторхинолоны — это антибиотики, которые уже уходят «в резерв». Но именно фторхинолоны позволяют рассчитывать на весьма убедительный успех. Ломефлоксацин в сравнении с традиционными и привычными, например ципрофлоксацинами, левофлоксацином, не показывает серьезных отличий. Поэтому он давно исследуется урологами в качестве способа терапии скрытого варианта инфекции [16].

Эффективность и правильный путь доставки ломефлоксацина [17] также доказаны. Микробиологическая эффективность одинакова при доставке как пероральной, так и ректальной в форме свечей. При этом больные, принимавшие Витапрост® плюс, характеризовали результаты терапии как хорошие и очень хорошие, а среди больных, получавших Ломфлоркс, такое мнение высказывалось несколько реже. Использование препарата Витапрост® плюс повышало клиническую и микробиологическую эффективность лечения.

Ректальное введение лекарственных препаратов все же предпочтительнее перорального: именно такая форма позволяет лекарственным веществам хорошо всасываться с поверхности слизистой, лекарственные средства быстро поступают в кровь — около 50% сразу попадает в кровоток, вещества через нижние геморроидальные вены попадают сразу в системный кровоток, минуя печень. Кроме того, это дает возможность избежать раздражения слизистой желудка, само вещество не подвергается воздействию ферментов в желудочно-кишечном тракте.

Биодоступность ломефлоксацина в форме ректальных свечей абсолютно убедительно доказана в работах академика Н.А. Лопаткина: сопоставимый уровень максимальных концентраций и скорости всасывания ломефлоксацина в плазме крови после орального и ректального способа введения [18].



Ятрогенный СХТБ

Когда мы ищем причину, и она весьма размыта в этиологии, все же есть позиции, в которых она становится конкретной — когда мы исследуем предстательную железу с трансуретральными манипуляциями, трансректальной биопсией, то есть вызываем ятрогенный синдром простатической боли. Мы вызываем целый спектр изменений — и болевых, и воспалительных. В связи с этим интерес представляют задачи пептидов в послеоперационном периоде: уменьшить степень отека, лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализовать секреторную функцию эпителиальных клеток; улучшить микроциркуляцию в предстательной железе за счет уменьшения тромбообразования, антиагрегантной активности; препятствовать развитию тромбоза венул в предстательной железе; уменьшить боль и дизурию; стимулировать мышечный тонус мочевого пузыря, улучшить микроциркуляцию крови в стенке мочевого пузыря.

Еще один аспект связан с возможностью пептидов улучшать сократительную активность детрузора. Это также повышает актуальность применения данных препаратов в послеоперационном периоде.

Спектр применения этих препаратов становится достаточно широким. Евгений Семенович указал на исследование [19], в котором говорится, что использование перед операцией Витапрост® Форте показывает более качественный и спокойный послеоперационный период у этих пациентов.

В профилактике послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений простаты [20] использование пептидов свидетельствует о весьма значительном снижении количества осложнений, уменьшается длительность послеоперационного периода, повышается качество жизни пациента.

То же самое касается и такого широко применяемого метода исследования, как биопсия предстательной железы [21]. Применение пептидов после биопсии статистически достоверно выдает улучшение показателей по индексу благополучия.

В финале лектор делает вывод о том, что, если оценивать действие пептидов в соответствии с патогенетическими теориями и доменами UPOINT, то окажется, что эти препараты действительно охватывают большую часть из них. Неудивительно, что сегодня мы имеем позицию в «Методических рекомендациях "Обезболивание в урологии" 2021 г.": "Эффективность применения пептидов из экстракта простаты в комплексном лечении простатического болевого синдрома обусловлена ■

его влиянием на иммунологические, психосоматические, ишемические, инфекционные компоненты патологического процесса. Экстракт простаты уменьшает боль при простатическом болевом синдроме, а также расстройства мочеиспускания, объем предстательной железы, улучшает показатели гемодинамики предстательной железы, копулятивную и снижает число обострений данного заболевания”.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что у нас есть препарат, который может быть успешно применен в комплексной терапии простатического болевого синдрома. Препарат является эффективным средством профилактики осложнений и ускоренной послеоперационной реабилитации при диагностических и эндоурологических операциях на предстательной железе. ■

Источники:

1. Ran Zhang et al. *Multicenter Study Lifestyle and Risk of Chronic Prostatic // Chronic Pelvic Pain Syndrome in a Cohort of United States Male Health Professionals.* J Urol. 2015; 194 (5).
2. Wagenlehner F, VanTill O. et al. *National Institute of Health Chronic Prostatic Symptom Index (CPSI) symptom evaluation in patients with chronic prostatic / chronic pelvic pain syndrome. A multinational study in 1563 patients.* AUA. 2012.
3. *EAU Guidelines.* 2016.
4. *European Association of Urology. Guidelines.* 2016.
5. Chung S. D. et al. *Association between chronic prostatic / chronic pelvic pain syndrome and anxiety disorder: a popular-based study.* PLoS ONE. 2013.
6. Shoskes D. A., Nickel J. C., Pontari M. A. *Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes // Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2009.12(2).
7. Melnik A. et al. *Anatomical factors in prostatitis // Br. Urol.* 1974.
8. Juan Va Franco et al. *Pharmacological interventions for treatment chronic prostatic / chronic pelvic pain syndrome. // BJU international.* 2020.
9. Зайцев А.В., Шаров М.Н., Касян Г.Р., Ахвледiani Н.Д., Васильев А.О., О.А. Арефьева. *Обезболивание в урологии // Методические рекомендации № 27. Дополнительный выпуск.* М., 2021.
10. Joey Chor et al. *Current and potential applications of host-defense peptides and proteins in Urology // Biomed Research International.* 2015.
11. Петрищев Н.Н., Михайлова И.А., Горбачев А.Г. и др. *Влияние комплекса*



полипептидов предстательной железы, выделенных из предстательной железы животных, на тромбообразование // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 1991.

12. Марков А.Г., Турин Д.Е., Ергаков Д.В. Применение цитомединов при наличии органного компонента хронического простатита по классификации UPOINT // Урология. 2019.

13. Давидов М.И. Сексуальная дисфункция у больных с хроническим простатитом и ее коррекция. 2020.

14. Лопаткин Н.А., Камалов А.А., Дорофеев С.Д., Ефремов Е.А. Открытое сравнительное рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Витапрост®, таблетки в комплексном лечении пациентов с хроническим абактериальным простатитом. 2008.

15. Неймарк А.И. и др. Применение препарата Витапрост® у пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушением сперматогенеза // Урология. 2014.

16. Guibert J., Capron M.H. Uncomplicated urinary tract infections: lomefloxacin versus trimethoprim/sulphamethoxazole. 1992.

17. Логвинов Л.А., Кудрявцев Ю.В., Кумачев К.В., Попов С.В., Черников С.С. Эффективность препарата Витапрост® плюс в лечении больных хроническим бактериальным простатитом. 2013.

18. Лопаткин Н.А., Камалов А.А., Мазо Е.Б. и др. Применение таблеток препарата Витапрост® для профилактики обострений хронического абактериального простатита // Урология. 2009.

19. С. Х. Аль-Шукри, И. Н. Ткачук. Профилактика ирритативных расстройств мочеиспускания после трансуретральной резекции простаты у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Нефрология. 2008.

20. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Ноздрачев Н.А. Применение препаратов Витапрост® плюс в профилактике инфекционно-воспалительных осложнений трансуретральной резекции простаты у больных аденомой предстательной железы // Урология. 2011.

21. Ергаков Д.В., Мартов А.Г. Применение препарата Витапрост® (таблетки и суппозитории ректальные) для реабилитации пациентов после проведения инвазивных диагностических урологических вмешательств // Урологические ведомости. 2016.

Мочепузырный болевой синдром



Зайцев А.В.
Д.м.н., профессор кафедры урологии
МГМСУ им. А.И. Евдокимова
(г. Москва)

Лекцию о мочепузырном болевом синдроме профессор А.В. Зайцев начал с констатации факта: хроническая тазовая боль поражает множество женщин во всем мире, но при этом четкой статистики нет, так как многие женщины даже не обращаются к врачам за помощью. Частоту данного заболевания сравнивают с частотой бронхиальной астмы, однако точной статистики в настоящий момент не существует.

Интерстициальный цистит как причина тазовой боли

Одной из 4 наиболее частых причин хронической тазовой боли является интерстициальный цистит. Кроме него, нередко причинами являются также эндометриоз, спаечная болезнь и синдром раздраженной толстой кишки. Как справедливо отметил профессор Р. Бордман, проблема заключается в том, что мы должны очень четко построить первичное обследование больных и определить зону локализации боли, отнести ее к какому-то определенному органу, что бывает не всегда просто [1].

В исследовании Р. Молдвина подчеркивается, что причины могут быть различны, при этом у одной и той же пациентки могут сочетаться эндометриоз и синдром раздраженной толстой кишки [2]. Мы должны четко определить зону боли и наиболее локализованные болевые точки.

Интерстициальный цистит — это термин, который появился в конце XIX в., его ввел американский специалист А. Скене [4]. Однако дело в том, что тогда цистит был заболеванием, которое только начало правильно диагностироваться, в то время только появилась цистоскопия, а само заболевание имело другие названия.



Теории развития СХТБ: дискуссия продолжается

Теории развития синдрома боли в мочевом пузыре различны, на сегодняшний день не установлены точные причины его возникновения. Нам известны какие-то отдельные звенья патогенеза, но не до конца. Наиболее притягательной концепцией является повышенная проницаемость уротелия, она сегодня подтверждена. До сих пор не нашла своего подтверждения инфекционная теория, у большинства больных посевы мочи оказываются стерильными, даже самые современные методы обследования не выявляют наличие инфекции. Есть также аутоиммунная теория, аллергическая, гормональная. Но все это — лишь теории, а истинная причина остается до сих пор неизвестной.

Проницаемость уротелия можно выявить на МРТ: в обычном состоянии моча в мочевом пузыре никак не влияет на уротелий, но когда он становится проницаемым, появляются неприятные симптомы, в том числе и боль в мочевом пузыре.

В 2004 г. профессор Й. Нордлинг опубликовал работу в журнале «Европейская урология», описывающую первичный осмотр больных с подозрением на интерстициальный цистит [3]. Нордлинг вместе с коллегами сформировал Европейское общество по изучению интерстициального цистита (ESSIC). Впоследствии название было изменено на Международное общество по изучению болезненного мочевого пузыря, но аббревиатура ESSIC при этом сохранилась. Общество представляет собой некоммерческую организацию для профессионалов, в нем представлены ученые и практикующие врачи со всего мира.

Но сегодня очевидно, что профессионал не может ограничиться лишь своей областью специализации. Р. Молвин на последней встрече сказал, что многие урологи не обладают очень важными навыками: не готовы сотрудничать с другими специалистами, разобраться в проблеме, сформировать междисциплинарный подход [2].

Современное определение и классификация

Сегодня синдром боли в мочевом пузыре определяется как синдром хронической тазовой боли, давления или дискомфорта, связанных по ощущениям с мочевым пузырем и сопровождаемыми по крайней мере одним из симптомов нижних мочевых путей, таких как сильные позывы к мочеиспусканию или ■

учащенное мочеиспускание. При диагностике важно исключить иные заболевания со схожей симптоматикой. Дальнейшее определение и классификация синдрома боли в мочевом пузыре осуществляется на основе цистоскопии с гидробуживанием и морфологических исследований биоптатов [5].

Синдром боли в мочевом пузыре определяется как синдром хронической тазовой боли, давления или дискомфорта, связанных по ощущениям с мочевым пузырем и сопровождаемыми по крайней мере одним из симптомов нижних мочевых путей, таких как сильные позывы к мочеиспусканию или учащенное мочеиспускание.

Боль взята как основной симптом в связи с тем, что сами больные говорят о ней. Исследование Г. Лэя показало, что тазовая боль имеет место у каждого четвертого больного, но при этом 75% из них имеют и другие симптомы, что тоже следует учитывать при диагностике [6].

К. Клеменс, основной координатор проекта MAPP, опубликовал исследование, в котором говорится о том, что при урологическом хроническом тазовом болевом синдроме тазовая боль и мочевые симптомы сочетаются с умеренной корреляцией и должны исследоваться отдельно. Если мы устраним мочевые симптомы, это все равно не гарантирует, что боль пройдет. При этом пациенты с хроническим тазовым болевым синдромом, которые отмечают наличие боли за пределами малого таза, страдают от более выраженных симптомов болезни и частых обострений. Кроме того, такие пациенты имеют больше психосоциальных нарушений [7].

Сочетание ИЦ и эндометриоза

О возможности сочетания эндометриоза с синдромом боли в мочевом пузыре давно известно, однако истинные причины подчас остаются непонятными: обследование больных занимаются либо гинекологи, либо урологи, а при одновременных цистоскопии и лапароскопии часто выявляются и интерстициальный цистит, и эндометриоз. Профессор Л. Чанг отмечал, что ранняя диагностика цистита может спасти больных от ненужной гистерэктомии [8].

Андрей Владимирович лично убедился в необходимости такого подхода: он поделился результатами проведенного совместно с акушерами-гинекологами А.З. Хашуковой и Е.А. Цомаевой исследования, в рамках которого проводились одновременно цистоскопия и лапароскопия у больных с подозрением на наружный генитальный эндометриоз в одной операционной [9]. В результате было обнаружено, что у 34 больных из 52 имел место не только эндометриоз, но и интерстициальный цистит. Таким образом, заключил профессор, лечение боли в мочевом пузыре должно быть междисциплинарным.

Когда простатит — не простатит

Сочетание разных симптомов бывает и у мужчин: то, что мы часто считаем простатитом, на самом деле может являться интерстициальным циститом. Уже знакомый нам профессор Р. Молдвин еще в 2003 г. опубликовал работу под названием «Где кончается простатит и начинается интерстициальный цистит?» [10]. Это два заболевания с не очень понятным патогенезом, но при этом имеющие ряд сходств, различия часто едва заметны. Исходя из этого ясно, что раннее обследование пациентов должно проводиться с учетом интерстициального цистита (см. далее).

Диагностика СХТБ: дневник мочеиспусканий как неинвазивная уродинамика

Когда мы говорим о выявлении и диагностике синдрома боли в мочевом пузыре, важное значение имеет сбор анамнеза и беседа с пациентом. «Мы должны задавать больному вопросы и находить время на то, чтобы эти вопросы задавать», — подчеркнул Андрей Владимирович. Он привел характеристики, которые считает необходимыми для диагностики. Данный перечень включает в себя усиление боли под воздействием определенных продуктов, влияние менструального цикла на выраженность боли, наличие бессонницы и т. д.

Немаловажное значение имеет также дневник мочеиспусканий. Здесь профессор А.В. Зайцев сослался на К. Ридла, который в рамках урологического мастер-класса 2020 г. заявил, что дневник мочеиспусканий может расцениваться как неинвазивная уродинамика [11]. ■

При физикальном обследовании больных с хронической тазовой болью очень важно исследование промежности и вульвы (трансректальное и трансвагинальное), пальпация, выявление изменений не только в органах мочеполовой системы, но и в мышцах, тазовом дне, поиск триггерных точек.

Триггерные точки

Далее Андрей Владимирович заговорил о дисфункции мышц тазового дна, широком спектре симптомов и анатомических изменений, связанных с аномальной функцией мускулатуры тазового дна (гипер- и гипотонус). Миофасциальная тазовая боль характеризуется наличием триггерных точек в мышцах нижних отделов тазового дна и/или брюшной стенки. Эти триггерные точки очень важно обнаружить при обследовании. Оценка частоты случаев, когда синдром хронической тазовой боли имеет миофасциальный домен, очень разнообразна (22–94%). Таким образом, важно проводить первичное обследование больного с учетом и миофасциального домена.

Исследование мышц тазового дна может осуществляться и при помощи дополнительных методов. Помимо пальцевого исследования, которое является достаточно субъективным, есть динамометрия и электромиография, влагалищные датчики. Но все эти методы, как подчеркнул профессор А.В. Зайцев, обладают ограниченной диагностической ценностью: данные могут искажаться вследствие наложения сокращения других мышц, а не только мышц тазового дна.

Хорошо себя зарекомендовал трансперинеальный метод. Он может применяться как у мужчин, так и у женщин, однако не выявляет различий между активным и пассивным тонусом мышц тазового дна. Хотя А. Падоа, член правления Международного общества по изучению синдрома боли в мочевом пузыре, считает, что этот метод также должен применяться [12].

Биомаркеры СХТБ

Касаясь проблемы биомаркеров, которые можно было бы выявить у больных с хронической тазовой болью и синдромом боли в мочевом пузыре, ученый с сожалением признал, что их наличие существенно облегчило бы задачу врачей. Биомаркеры позволяют выявить, например, на ранних стадиях рак предстатель-

ной железы. Однако на сегодняшний день, несмотря на огромное количество исследований на эту тему, биомаркеров для дифференциальной диагностики синдрома боли в мочевом пузыре / хронической тазовой боли и других заболеваний не существует.

Цистоскопическая картина

Связь между дневниками мочеиспусканий и данными цистоскопии убедительно показана во французском исследовании 2013 г. [13]. И у мужчин, и у женщин с синдромом боли в мочевом пузыре, которым диагноз ставился на основании критериев ESSIC, при цистоскопии под анестезией были выявлены изменения в мочевом пузыре, напрямую связанные и с симптоматикой, и с дневниками мочеиспусканий. Это касалось и потенциальной емкости мочевого пузыря, и частоты мочеиспусканий, и уровня боли, который отмечали больные при наполнении мочевого пузыря и после его опорожнения.

Основным методом диагностики при синдроме боли в мочевом пузыре остается цистоскопия. Однако цистоскопии под местной анестезией подчас бывает недостаточно, необходимо ее проведение под общей анестезией, показывающей анатомическую емкость мочевого пузыря, тип и выраженность воспаления, степень выраженности фиброза, позволяющую исключить другие заболевания.

Низкая емкость мочевого пузыря, выявленная под общей анестезией, связана с более тяжелой симптоматикой. Это указывает на так называемый мочепузырно-центрический фенотип заболевания. В норме емкость МП под наркозом должна быть около 1200 мл. Низкой емкостью считается тогда, когда под наркозом она составляет менее 400 мл. Эти данные необходимо описывать в протоколе выполнения цистоскопии.

То, что изменения в мочевом пузыре могут выглядеть как незначительные и легко пропускаться при исследовании, показал на последнем Конгрессе общества по изучению синдрома боли в мочевом пузыре специалист из Нидерландов Э. Тауберт [14]. Он продемонстрировал, что данные, полученные амбулаторно при помощи гибкого цистоскопа, и данные, полученные при проведении цистоскопии под наркозом, существенно различаются у одного и того же пациента: в первом случае картина почти не вызывает опасений у врача, во втором случае на снимке видны гуннеровские поражения, разрывы слизистой, зоны кровотечения. Эта зона должна быть коагулирована при проведении цистоскопии. ■

Часто интерстициальный цистит и поражения мочевого пузыря связаны с другими заболеваниями. Так, мужчинам при хронической тазовой боли чаще всего ставится диагноз хронического простатита. Считается, что именно предстательная железа в большинстве случаев является генератором и источником боли. Но если таким больным сделать цистоскопию, которую мужчинам делают нечасто, то можно обнаружить, что причиной боли является интерстициальный цистит, можно даже найти язвенные поражения в мочевом пузыре. Именно это продемонстрировали японские ученые [15].

Важна для диагностики биопсия мочевого пузыря, однако она должна быть сделана правильно — для того чтобы можно было исключить иные возможные состояния (сквамозная и нефрогенная метаплазия, хронический фолликулярный цистит и др.). Биопсия должна быть глубокой, только тогда можно будет сделать правильное заключение. Поверхностная биопсия, напротив, лишь затрудняет работу патоморфолога. Во многих случаях на цистоскопии картина интерстициального цистита с гуннеровскими поражениями неотличима от карциномы, и поэтому необходимы дополнительные исследования патоморфологов.

Кроме того, необходимо исключить массу заболеваний со схожей симптоматикой, и только тогда, после цистоскопии и биопсии можно будет поставить диагноз синдрома боли в мочевом пузыре.

Для диагностики значимо исключение инфекций мочевыводящих путей, гинекологических заболеваний, рака мочевого пузыря, различных редких заболеваний мочевого пузыря. Для уточнения диагноза необходимо проведение цистоскопии под общей, а не местной анестезией, а также биопсии мочевого пузыря. Факторами прогноза синдрома боли в мочевом пузыре являются емкость мочевого пузыря, выраженность и тип воспаления, а также степень выраженности фиброза.

Сегодня есть понятие хронической тазовой боли, хронического тазового болевого синдрома, что несколько уже, и есть понятие синдрома боли в мочевом пузыре. Профессор подчеркивает также, что интерстициальный цистит с гуннеровскими поражениями мочевого пузыря следует рассматривать отдельно. Все эти данные представлены подробно в двух последних книгах, написанных специалистами, входящими в состав Международного общества по изучению синдрома боли в мочевом пузыре [16, 17]. Они хорошо иллюстрированы и будут полезны тем, кто занимается данной проблемой.

Психосоциальный и неврологический домены

Исследования показали, что психосоциальный и неврологический домены в большей степени связаны с усилением симптомов, чем домен инфекционный, который практически не имеет связи с симптомами [18].

Интересно также то, что у пациентов с интерстициальным циститом или синдромом боли в мочевом пузыре наблюдаются неврологические изменения. Может отмечаться региональное снижение белого вещества головного мозга, которое коррелирует с выраженностью клинических симптомов [19]. Заболевание включает нарушения сенсомоторных систем мозга, регулирующих накопление мочи; нарушения настолько сильны, что могут вызывать различия не только в функции мозга, но и в его структуре.

Профессор отмечает также, что в новой версии МКБ учитывается хронический болевой синдром как единственная жалоба. Это может повлиять на наше восприятие синдрома боли в мочевом пузыре и хронического тазового болевого синдрома. При этом гуннеровские поражения, которые могут быть выявлены при цистоскопии, уже указывают на причину боли, и в таком случае состояние будет классифицировано как вторичная висцеральная боль.

Если говорить о лечении, то существенно важно, что язвенные поражения мочевого пузыря и иные состояния, когда таких изменений в мочевом пузыре нет, должны рассматриваться как отдельные состояния, фенотипы. Во многих исследованиях эти больные оцениваются вместе, что с точки зрения профессора Зайцева А.В. совершенно неправильно: именно этой ошибкой ученый объясняет неудовлетворительные результаты таких исследований. Хотя на сегодняшний день данный вопрос остается дискуссионным, так как не все ученые признают эту концепцию, большинство все же настаивает на раздельном рассмотрении двух состояний. Соответственно, в разном лечении нуждаются и две категории больных.

В заключение Андрей Владимирович привел поразительные результаты исследования итальянских урологов [20]. В этом исследовании говорится о пациентах, которым диагноз синдрома боли в мочевом пузыре был поставлен лишь спустя 11,6 (!) лет. За это время пациентов успели осмотреть врачи общей практики, гинекологи, хирурги, диетологи, урологи, гинекологи, гастроэнтерологи, физиотерапевты, анестезиологи, ревматологи и психиатры, было назначено не менее 8 различных видов лечения, которые не привели к заметному улучшению. ■

Ученые обратили внимание на этот факт, чтобы продемонстрировать необходимость междисциплинарного подхода к диагностике синдрома боли в мочевом пузыре и наблюдения таких пациентов в специализированных центрах. ■

Источники:

1. Bordman R., Jackson B. *Can Fam Physician*. 2006.
2. Moldwin R. *Newest research and clinical progress for the Pelvic Patient. Symposium, 2020.*
3. Nordling R. et al. *Primary Evaluation of Patients Suspected of Having Interstitial Cystitis. European Urology*. 2004. 45.
4. Skene A. *Interstitial cystitis*. 1887.
5. *An ESSIC Proposal. Eur Urol*. 2008. 53:60-7.
6. Lai H et al. *Characterization of Whole Body Pain in Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome in Baseline: MAPP Research Network Study. The Journal of Urology*. 2017; 198(3).
7. Clemens JQ et al. *Nat Rev Urol*. 2019.
8. Chung MK et al. *JSLs*. 2002.
9. Хаушкоева А.З., Зайцев А.В., Цюмаева Е.А. ПГМУ, МГМСУ. 2008–2012.
10. Eisenberg ER, Moldwin RM. *Etiology: Where Does Prostatitis Stop and Interstitial Cystitis Begin? World J Urol*. 2003.
11. Riedl C. *ESSIC 2020 ONLINE MASTERCLASS. 31 Aug — 31 Dec 2020.*
12. Padoa A. et al. *Sexual Medicine Reviews*. 2020.
13. Baudry G, Labat J-J, Riant T, le Normand L, Manunta A, Bensalah K, Rigaud J. *Validation on voiding diary for stratification of bladder pain syndrome according to the presence / absence of cystoscopic abnormalities: a two-centre prospective study. BJU International*. 2013;112(2).
14. Taubert E. *ESSIC meeting*. 2019.
15. Masakatsu U et al. *Low bladder capacity is an important predictor for comorbidity of interstitial cystitis with Hunner's lesions in patients with refractory chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome. International journal of urology*. 2019;26(1).
16. Nordling J. et al. *Bladder pain syndrome. An Evaluation*. 2017.
17. Nordling J. et al. *Bladder pain syndrome. A Guide for Clinicians*. 2012.
18. Curtis Nickel J, Shoskes D, Irvine-Bird K. *Clinical Phenotyping of Women With Interstitial Cystitis / Painful Bladder Syndrome: A Key to Classification and Potentially Improved Management. The Journal of Urology*. 2009.
19. Farmer MA et al. *Brain White Matter Abnormalities in Female Interstitial Cystitis / Bladder Pain Syndrome: a MAPP Network Neuroimaging Study. J Urol*. 2015;194(1).
20. Gori M.C. et al. *Who Does the Patient Meet Before the Diagnosis of Bladder Pain Syndrome? 2015.*



Синдром хронической тазовой боли у женщин



Ромих В.В.
заведующая отделом уродинамики
и нейроурологии НИИ урологии
и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина (г. Москва)



В рамках образовательного проекта «Синдром хронической тазовой боли» на портале UroEdu заведующая отделом уродинамики и нейроурологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина Виктория Валерьевна Ромих рассказала о специфике диагностики и лечения синдрома хронической тазовой боли у женщин.

Патофизиология СХТБ у женщин

Тазовое дно является анатомической структурой, компонентами которой выступают мышцы и фасции.

Миофасциальный синдром — это болезненное состояние, для которого характерна боль в любой части тела и болезненные мышечные напряжения с локальными уплотнениями — триггерными точками. Источником такой боли становятся как раз мышцы и фасции.

У мужчин миофасциальный синдром чаще рассматривается в рамках хронического простатита типа ПШВ / синдрома хронической тазовой боли (СХТБ), у женщин — в рамках синдрома болезненного мочевого пузыря / интерстициального цистита. Виктория Валерьевна подчеркнула, что такое сужение патофизиологического восприятия до рамок одного органа приводит к не всегда эффективному выбору лечебной стратегии.

СХТБ у женщин определяется как нециклическая тазовая боль на протяжении шести и более месяцев, в некоторых рекомендациях — три месяца. Отмечается боль внизу живота или тазу, не связанная исключительно с менструацией, половым актом или беременностью. Это часто встречающееся состояние, которое негативно влияет на качество жизни и резко снижает работоспособность. У него может быть множество причин, при этом для большей доли пациенток не находится четкого диагностического определения. Часто этиология синдрома неясна, так как его ■

возникновение является результатом комплексного взаимодействия нервной, скелетно-мышечной и эндокринной систем с огромным влиянием поведенческих и психоэмоциональных факторов.

Как отмечается в литературе, более 40% всех диагностических лапароскопий и 12% всех гистерэктомий выполнены по поводу хронической боли внизу живота [1]. Кроме того, общие прямые затраты здравоохранения США по этому поводу составили более 2,8 млрд долларов, а непосредственные — более 555 млн долларов в год [2].

Важно учитывать, что в области таза у женщин располагаются не только органы репродуктивной системы. Здесь также представлены периферическая и центральная нервная система, сосуды, мышцы и фасции, передняя брюшная стенка и тазовое дно [3]. Таким образом, в патогенез СХТБ может включаться огромное множество заболеваний со стороны всех этих систем.

Система классифицирования и фенотипирования

В 2003 г. СХТБ вошел в клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU), а в 2009 была предложена система классифицирования и фенотипирования пациентов с СХТБ UPOINT, выделяющая не только инфекционные, но также психологические и неврологические причины возникновения тазовой боли.

В алгоритм обследования пациентки с СХТБ должны входить, помимо оценки жалоб, оценка уровня тревожности и депрессии, тщательный сбор и анализ анамнеза, поиск возможных причин и факторов риска, общий осмотр с обязательной урологической частью, пальпация и оценка периферических нервов.

В одном из доступных метаанализов, включившем 122 исследования с участием 64 286 женщин, в числе факторов, сопряженных с тазовой болью, выделялось 54 фактора риска дисменореи, 14 факторов риска диспареунии и 40 факторов риска нециклической тазовой боли. Для диспареунии выделялись менопауза, воспалительные заболевания тазовых органов, опыт сексуального насилия, тревожность и депрессия. Для нециклической тазовой боли — лекарственная алкогольная зависимость, прерывания беременности, обильные менструации, воспалительные заболевания тазовых органов, кесарево сечения, тазовые патологии, зависимости и психическая коморбидность [4].



Обследование женщин с СХТБ

В план обследования при СХТБ обязательно должна входить оценка периферических нервов. Это позволяет прояснить несколько моментов:

- выявление возможных причин травм периферических нервов;
- чувство давящей боли, дискомфорта, онемения;
- наличие признаков аллодинии (боль в ответ на воздействие раздражителей, обычно ее не вызывающих);
- парестезии (спонтанные ощущения жжения, покалывания, мурашек);
- дизестезии (повышенная восприимчивость в ответ на воздействие легкого тактильного раздражителя);
- гиперальгезии (аномально высокая чувствительность).

Физикальное обследование пациентки включает в себя осмотр в кресле, пальпацию всех зон влагалища, уретры, промежности, пальцевое ректальное исследование, оценку кожной аллодинии вдоль дерматомов живота (T11–L1) и промежности (S3), а также оценку бульбокавернозного рефлекса. В числе дополнительных методов предлагаются блокада и нейрофизиологические исследования срамного нерва. Степень выраженности боли оценивается по 5-балльной вербальной или 10-балльной визуальной аналоговой шкале.

Согласно рекомендациям ЕАУ 2020 г., фенотипирование тазовой боли может производиться с точки зрения:

- урологии (оценка силы струи мочи, дневники мочеиспускания, цистоскопия, ультразвуковое исследование, урофлоуметрия);
- психологии (тревожность по поводу боли, депрессия и потеря функций, отрицательный сексуальный опыт в анамнезе);
- органоспецифической патологии (оценка гинекологических, желудочно-кишечных, аноректалтных и сексологических нарушений, гинекологическое и ректальное исследование);
- инфекции (посев эякулята и мочи, мазок из влагалища, посев кала);
- неврологии (неврологические жалобы: потеря чувствительности, дизестезия, неврологическая оценка во время физикального исследования, сенсорные нарушения, крестцовые рефлексы и функция мышц);
- болезненности мышц (мышечно-спастический домен; пальпация мышц тазового дна, брюшной стенки и ягодичных мышц);
- сексуальной функции (эректильная и эякуляторная функции, посторгазмическая боль). ■

Диагностика функции тазового дна производится также согласно рекомендациям ЕАУ. В соответствии с ними, в клинической практике применяется классификация ICS. Следует иметь в виду, что гиперактивность тазового дна связана с хронической тазовой, простатической, мочепузырной и вульварной болью. В свою очередь, она создает афферентацию в центральной нервной системе, которая вызывает сенсбилизацию. На сегодня стандарты диагностики миофасциальных триггерных точек в этой ситуации отсутствуют. При этом, в соответствии с клиническими рекомендациями, существует зависимость между локализацией триггерных точек и областью, в которой ощущается боль. Таким образом, необходимо активно выявлять миофасциальные триггерные точки у пациентов с синдромом хронической тазовой боли. Как отметила Виктория Валерьевна, у женщин найти эти точки может быть нелегко, однако возможно.

Уродинамическое исследование при СХТБ у женщин проводится факультативно, однако, по мнению доктора, его выполнение следует активно рекомендовать. В частности, при результате урофлоуметрии обструктивного компрессионного типа возможен гипертонус мышц тазового дна, а при сенсорных нарушениях часто наблюдается гиперактивность мочевого пузыря без детрузорной гиперактивности. Патологическая импульсация по двигательным нервам часто результируется детрузорной гиперактивностью. Также при гипертонусе мышц тазового дна часто наблюдается детрузорно-сфинктерная дискоординация.

Принципы лечения

К основным принципам лечения больных с СХТБ относят воздействие на все звенья этиологии и патогенеза заболевания, учет категории, активности и степени распространенности процесса, а также применение комплекса терапевтических мероприятий. Во всех случаях необходимо информировать пациентов о причинах боли, включая беседу о переживаниях по поводу недиагностированной патологии. Такое обсуждение повышает приверженность лечению и стимулирует активность пациента, которая показана при многих других болевых расстройствах.

Во многом успех лечения опирается на применение *немедикаментозных консервативных методов*, включая:

- массаж,
- акупунктуру,
- коррекцию образа жизни,



- физиотерапию
- психологическую терапию.

В неврологии при лечении миофасциальной боли главным образом применяются три категории препаратов: *НПВС, мышечные релаксанты и трициклические антидепрессанты*. В частности, механизм действия НПВС основан на подавлении активности веществ, которые участвуют в каскаде воспалительных реакций. Низкие дозы трициклических антидепрессантов при этом уменьшают мышечную боль и обладают седативным эффектом. В урологии для лечения СХТБ также назначаются НПВС. Помимо этого, в рандомизированных исследованиях получены положительные результаты применения $\alpha 1$ -адреноблокаторов. Несмотря на статистически значимое улучшение симптомов, отмечается, что антибактериальная терапия не повышает эффективности лечения. Также для лечения тазовой боли одобрен противоэпилептический препарат *прегабалин*.

В ряде случаев применяется также *пентосан полисульфат* — полусинтетический препарат, произведенный из гемицеллюлозы древесины бука. В исследовании при использовании высокой дозы для перорального приема (три раза по 300 мг/сут.) продемонстрировано значительное улучшение показателей общей клинической оценки и качества жизни по сравнению с плацебо.

Помимо этого, при лечении применяются *препараты сопровождения*: средства для лечения ГМП при его наличии, нейротропные витамины, а также активные пептиды (цитомедины). Также оценивались инъекции ботулинического токсина в мышцы промежности (100 Ед.) — результаты показали умеренный эффект по шкале глобальной оценки и улучшение показателя домена боли шкалы NIH-CPSI.

В заключение Виктория Валерьевна отметила, что при работе с пациентками, страдающими СХТБ, важно тщательно изучить характер боли, анамнез и факторы риска; создать максимальный психологический комфорт при беседе и обследовании; выразить профессиональную и эмоциональную поддержку; обязательно обсудить перспективы лечения; максимально использовать методы лечения и действовать мультидисциплинарно. ■

Источники:

1. Howard FM. *Obst Gyn Surv*, 1993
2. Mathias SD. *et al. Obst Gyn*, 1996
3. Gunter J. *Obst Gyn Surv*, 2003
4. Latthe P. *BMJ*, 2006

Миофасциальный синдром и тазовое дно

Распространенность и факторы риска развития миофасциального синдрома



Тазовое дно обладает богатой сетью сосудов и сложнейшей многоуровневой иннервацией. Его нужно рассматривать в том числе с точки зрения возможных поломок нервных импульсов, следующих к мышцам тазового дна.

Распространенность миофасциального синдрома достаточно высока: в частности, на территории США она достигает 13%. Одно из проявлений синдрома миофасциальной боли — хроническая скелетно-мышечная боль. При этом триггерные точки, как и миофасциальная боль, могут обнаруживаться в любой мышце. Факторы, способствующие формированию миофасциальных болей, весьма разнообразны. Это могут быть чрезмерные физические нагрузки, перегрузка мышц, несимметричная физическая нагрузка, например при работе на даче, резкие движения, нарушение проведения импульсов и нейромышечной передачи, болезни внутренних органов, а также эмоциональный стресс, при этом спастичность часто сохраняется уже после его преодоления. Стоит учитывать, что у людей с малоподвижным образом жизни мышцы хуже кровоснабжаются, а биомеханические процессы в мышечной ткани протекают медленно.

В формирование синдрома вносят свой вклад и такие факторы, как длительное статическое напряжение мышц, стереотипные движения, мышечная работа в условиях низкой температуры, однообразный тяжелый физический труд, длительная сидячая работа или другая деятельность, длительные поездки за рулем, а также длительная мобилизация при переломах. Таким образом, разговаривая с пациентом, следует задать вопрос о симметричности боли и преобладании той или иной стороны.

Виктория Валерьевна отдельно выделила «домашние провоцирующие факторы», в частности хронический домашний стресс, например в неблагополучных семьях. Кроме того, появление триггерных точек может провоцироваться сдавливанием мышц при ношении определенной одежды. Свой вклад вносят ремни, ляжки, тугие джинсы и компрессионное белье, а также тяжелая одежда: профессиональные робы или шубы.

В число прочих провоцирующих факторов входят асимметрия скелета, разная длина ног, нарушения осанки, плоскостопие, аномалии строения грудной клетки и таза, анемия, низкий уровень кальция, калия, железа, витаминов С, D, В1, В6 и В12, хронические инфекции, включая цистит и простатит, недосыпание, радикулопатия, депрессия, гипотиреоз, гипогликемия, а также гиперурикемия.



Классификация миофасциального синдрома

В МКБ-10 для миофасциального синдрома нет отдельного кода. Вместо этого он отнесен к нескольким рубрикам:

- М79.9 — «Другие болезни мягких тканей, не классифицированные в других рубриках»;
- М79.1 — «Миалгия»;
- М72.5 — «Фасциит, не классифицированный в других рубриках»;
- М62.9 — «Неуточненные нарушения мышц»;
- N31 — «Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря неуточненная»;
- Хронический простатит / синдром хронической тазовой боли (СХТБ).

Как отметила Виктория Валерьевна, первичный синдром бывает связан с первоначальной дисфункцией мышцы, например перерастяжением, повторной микротравмой, переохлаждением мышцы, физической перегрузкой и т. д. Вторичный синдром, в свою очередь, развивается на фоне заболеваний позвоночника и других соматических заболеваний. По словам доктора, в урологии чаще приходится иметь дело именно со вторичным миофасциальным синдромом.

Частым спутником состояния является хронический простатит (ХП). Однако происхождение боли зачастую нельзя объяснить лишь состоянием простаты — здесь работает совокупность факторов. Так, в 2003 г. в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов появилось понятие СХТБ, а в 2009 была предложена система классифицирования и фенотипирования пациентов с ХП/СХТБ UPOINT, выделяющая не только инфекционные, но также психологические и неврологические причины возникновения тазовой боли. В 2018 г. СХТБ был вынесен в отдельный раздел хронической тазовой боли, к которому его на сегодня и относит ЕАУ.

Общие патогенетические механизмы СХТБ

По этому направлению изданы специальные клинические рекомендации. Согласно им, хроническая тазовая боль определяется как постоянная, или персистирующая боль, которая ощущается в структурах, связанных с тазом, у мужчин и женщин. Хронический простатит / СХТБ — самый частый урологический диагноз среди мужчин до 50 лет. При этом до 10% мужчин будут ощущать симптомы простатита хотя бы раз жизни. Частым спутником простатита / СХТБ является гиперактивность мочевого пузыря (ГМП), ■

патология, приводящая к целому ряду расстройств мочеиспускания. У многих таких пациентов имеет смысл провести уродинамическое исследование и соответственно скорректировать терапевтический подход для стабилизации детрузора мочевого пузыря.

Таким образом, у пациентов с диагностированными симптомами нижних мочевых путей (СНМП), ГМП и СХТБ могут выделяться общие патогенетические механизмы:

- инфекционные и воспалительные факторы;
- гемодинамические факторы и нейровегетативные нарушения;
- аутоиммунные факторы;
- нарушения функции нижних мочевых путей;
- мышечный спазм;
- повреждения пудендального нерва;
- гормональные факторы;
- генетические факторы;
- психоэмоциональные расстройства;
- периферические болевые механизмы;
- центральная сенсбилизация;
- нейромышечные факторы.

При рассмотрении патогенеза ГМП могут применяться нейрогенная, миогенная и уротелиальная теории. В частности, учитываются задействованность нервных волокон в патогенетической реализации ГМП, нарушение нейромышечных взаимодействий, а также тот факт, что детрузор мочевого пузыря является — «мышцей-мишенью».

При СХТБ также часто обнаруживается инфравезикальная обструкция, поскольку миофасциальный синдром тазового дна как правило можно уравнивать с гиперактивностью, спастичностью, дефектами расслабления мышц тазового дна. Сфинктер и детрузор не работают, таким образом, в синхронном режиме сокращения и расслабления. На сегодня уродинамическое исследование — урофлоуметрия с определением объема остаточной мочи — занимает свое место в стандарте первичной медико-санитарной помощи при хроническом простатите N 1673н.

Стартовыми мероприятиями при миофасциальном синдроме и СХТБ являются массажи, прогревания, акупунктура и другие компоненты немедикаментозного лечения, воздействующие на выраженность боли и возможность добиться мышечной релаксации.

В лечении миофасциальной боли главным образом применяются три категории препаратов: НПВС, мышечные релаксанты и трициклические антидепрессанты.

Механизм действия *НПВС* основан на подавлении активности веществ, которые участвуют в каскаде воспалительных реакций.



Низкие дозы *трициклических антидепрессантов* при этом уменьшают мышечную боль и обладают седативным эффектом.

Помимо этого, в рандомизированных исследованиях получены положительные результаты применения *α1-адреноблокаторов*.

Антибактериальная терапия, несмотря на улучшение симптомов, не повышает эффективности лечения.

В одном из первых рандомизированных исследований, опубликованном в рецензируемом журнале, не подтвердилась эффективность *финастерида*.

Также в рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании, которое было единственным, включенным в Кокрейновский обзор, 36-недельная терапия *прегабалином* не превосходила по эффективности плацебо в снижении общего показателя шкалы NIH-CPSI.

Также в недавно проведенном исследовании было продемонстрировано, что лечение *Lactobacillus casei* на протяжении трех месяцев значительно снижало симптомы по шкалам NIH-CPSI, IPSS и QoL, снижало частоту обострения простатических симптомов и необходимость антибактериальной терапии.

Миорелаксанты, такие как диазепам и баклофен, как считается, эффективны при дисфункции сфинктера или спазме тазового дна / мышц промежности, но к настоящему времени не проведено достаточно исследований, чтобы подтвердить эти предположения. В литературе показана эффективность тройной комбинации миорелаксанта (тиоколькозида) противовоспалительного препарата (ибупрофена) и α1-адреноблокатора (доксазозина) у пациентов, не получивших лечения, но она не превосходила влияния монотерапии α1-адреноблокатором.

Инъекции *ботулинического токсина* в мышцы промежности (100 Ед.) показали умеренный эффект по шкале глобальной оценки и улучшение показателя домена боли шкалы NIH-CPSI.

Помимо этого, при лечении применяются препараты сопровождения: средства для лечения ГМП при ее наличии, нейротропные витамины, а также активные пептиды (*цитомедины*). Цитомедины работают на тканевом уровне, восстанавливая функцию органов вместе с регуляцией активности их клеток, и частично обеспечивают патогенетический подход. Могут быть представлены в форме таблеток и суппозиторий и обладают высоким профилем безопасности. Хорошим примером такого средства может являться препарат *Витанпрост®*, в ряде случаев позволяющий избежать жесткой антибактериальной терапии, снижая выраженность СНМП и болевого синдрома. ■

Пенильный и уретральный болевой синдром



Крупин В.Н.
профессор, заведующий кафедрой
урологии им. Е.В. Шахова
Приволжского исследовательского
медицинского университета
(г. Нижний Новгород)



В рамках образовательного проекта «Синдром хронической тазовой боли» на портале UroEdu профессор, заведующий кафедрой урологии им. Е.В. Шахова Приволжского исследовательского медицинского университета Валентин Николаевич Крупин подробно раскрыл неврологические аспекты пенильной и уретральной боли.

Определение пенильной и уретральной боли

Согласно определению из клинических рекомендаций Европейской ассоциации урологов (ЕАУ), *пенильной болью* называется боль в половом члене, которая главным образом сосредотачивается не в уретре. При этом подтвержденная инфекция или другая очевидная патология отсутствуют.

Уретральный болевой синдром характеризуется появлением персистирующей или рецидивирующей боли при отсутствии подтвержденной инфекции и других очевидных местных патологических изменений. Может сопровождаться расстройствами мочеиспускания, сексуальной, кишечной дисфункцией, а также негативными когнитивными, поведенческими и эмоциональными последствиями. В действующей редакции гайдлайнов ЕАУ эти два синдрома объединены в один подраздел.

Классификация болевых синдромов

По своей патофизиологической классификации болевые синдромы подразделяются на ноцицептивные, невропатические (невральная и вертебральная боли), а также психогенные.

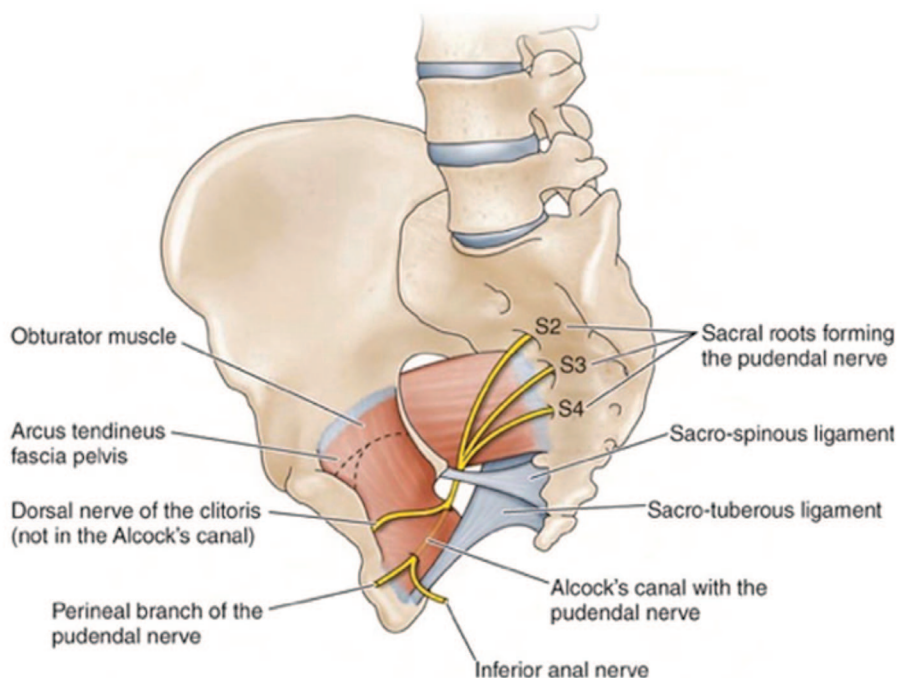
Ноцицептивная боль возникает при воздействии экзогенных и эндогенных факторов на ноцицепторы при интактной нервной системе. Висцеральная ноци-

цептивная боль полового члена возникает при разнообразии состояний, среди которых болезнь Пейрони, приапизм, кавернит, баланит, уретрит, травмы и операции, фимоз и парафимоз, рак и присутствие инородных тел в уретре. Как правило, это острая, недавно возникшая боль, обусловленная вызвавшим ее повреждением. Чаще всего является симптомом какого-то заболевания и исчезает при устранении повреждения. Впрочем, есть состояния, при которых острая боль может стать хронической, и чем выше интенсивность острой боли, тем выше вероятность ее хронизации: примером может служить развитие хронической послеоперационной или посттравматической боли. Причина возникновения этой боли получила название аллодинии, или вторичной гипералгезии. Механизмом формирования хронической боли может быть феномен центральной нервной системы, заключающийся в формировании в сенсорных нейронах заднего рога очага возбуждения после прекращения воздействия периферических болевых стимулов. В результате поступление в задний рог спинного мозга любых стимулов будет восприниматься как боль [1]. Американскими рекомендациями по управлению послеоперационной болью рекомендуется применять мультимодальную анальгезию, то есть использование различных анальгетиков с разными механизмами действия и методик обезболивания у взрослых и детей. Основой мультимодальной анальгезии является назначение комбинаций неопиоидных анальгетиков (НПВС и парацетамола, НПВС и нефопама (анальгетик центрального действия), нефопама и парацетамола), которое у пациентов с болями средней и высокой интенсивности сочетается с использованием адъювантных препаратов, опиоидных анальгетиков и методов регионарной анальгезии.

Невропатическая боль возникает при повреждении структур периферической или центральной нервной системы (периферического нерва или сплетения, ганглия, корешка, таламуса).

Невропатические невральные боли полового члена и уретры развиваются при поражении или компрессии полового нерва. Являются одной из форм хронической тазовой боли, известной как пудендалная невралгия (невропатия полового нерва, синдром канала Алькока). Данных о распространенности нет.

Компрессия полового нерва происходит чаще всего в области седалищной ости, в пространстве между крестцово-остистой и крестцово-бугорной связками (70% случаев). Еще в 20% случаев — в области канала Алькока, между ■



листами фасции внутренней запирающей мышцы. Также в 10% случаев может произойти при выходе из большого седалищного отверстия под грушевидной мышцей.

Выделяется ряд возможных причин компрессии полового нерва:

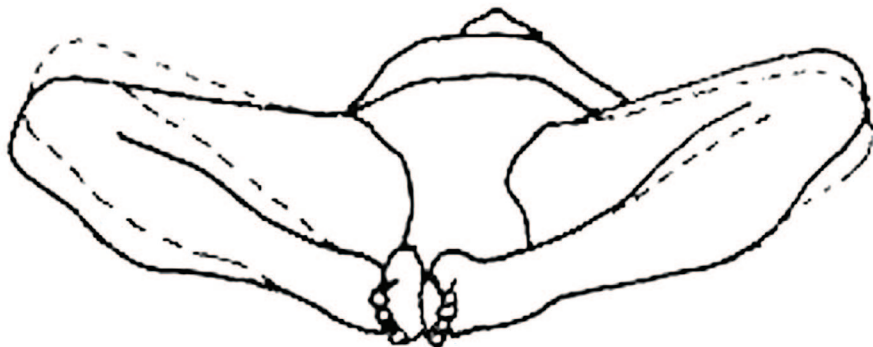
- длительное пребывание в положении сидя;
- некоторые виды спортивной активности: велоспорт, верховая езда, мотокросс, отдельные виды единоборств, приседания с большим весом;
- частые длительные поездки на транспорте по пересеченной местности;
- хирургические операции на органах таза;
- переломы костей таза;
- новообразования в непосредственной близости от полового нерва.

При диагностике пудендальной нейропатии определяется наличие типичной симптоматики (с применением Нантских критериев), проводятся мануальные диагностические тесты и подтверждается отсутствие органических повреждений органов малого таза [2].

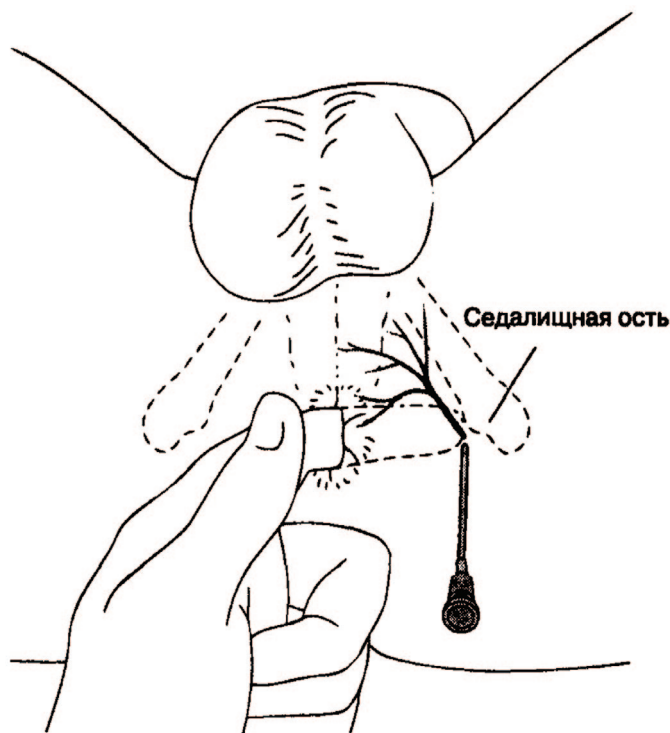
Симптомы невропатии полового нерва, которые относятся к Нантской шкале:

- боль в зоне иннервации полового нерва от — ануса до наружных половых органов, включая промежность;
- боль преимущественно возникает в положении сидя, сидение на унитазе боли не вызывает; не беспокоит по ночам;
- отсутствует объективное снижение чувствительности (при чувствительных нарушениях нужно исключить поражение крестцовых нервных корешков или крестцового нервного сплетения);
- боль проходит после диагностической блокады полового нерва.

Применяется достаточно большое количество диагностических мануальных тестов. Патогномичным симптомом является усиление боли при разведении согнутых в коленях ног в положении лежа. Также информативен тест приведения колена на больной стороне к противоположному плечу — боль усиливается.



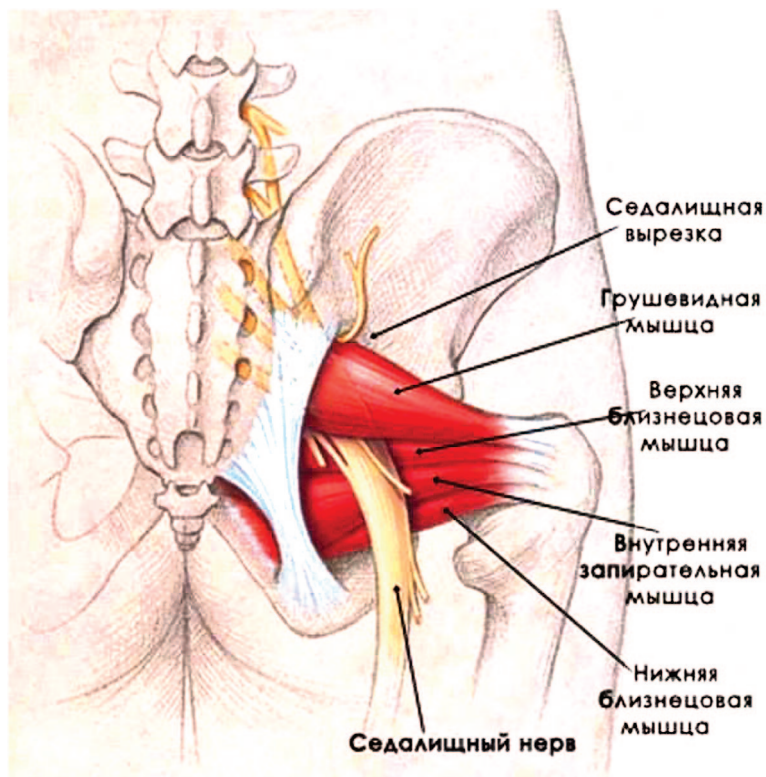
При лечении пудендалной невропатии решающую роль играет выявление причины, вызвавшей сдавление нерва. Зачастую применяется введение местного анестетика и гормона к основному стволу нерва. Если боль проходит на 24–36 ч, то это говорит о возможной эффективности последующей операции. Суть операции: иссечь саркоспинальную связку и рассечь канал Алькока, чтобы на протяжении освободить нерв от сдавления. Эффективность достигает 89–93,8%. ■



Невропатические вертебральные боли полового члена возникают на фоне защитного сокращения паравертебральных мышц, фиксирующих пораженный при остеохондрозе или травме позвонок. Оно приводит к формированию нового двигательного стереотипа с неравномерной нагрузкой на мышечно-связочный аппарат таза, что заканчивается развитием экстравертебральных миофасциальных синдромов [3].

К *экстравертебральным миофасциальным синдромам* относятся мышечно-тонические (грушевидной мышцы, тазового дна, подвздошно-поясничной мышцы, внутренней obturatorной мышцы и мышцы, поднимающей задней проход), а также нейродистрофические (крестцово-подвздошный, кокцигодиния).

В частности, *синдром грушевидной мышцы* характеризуется появлением боли, локализирующейся в ягодичной области, с возможной иррадиацией в паховую



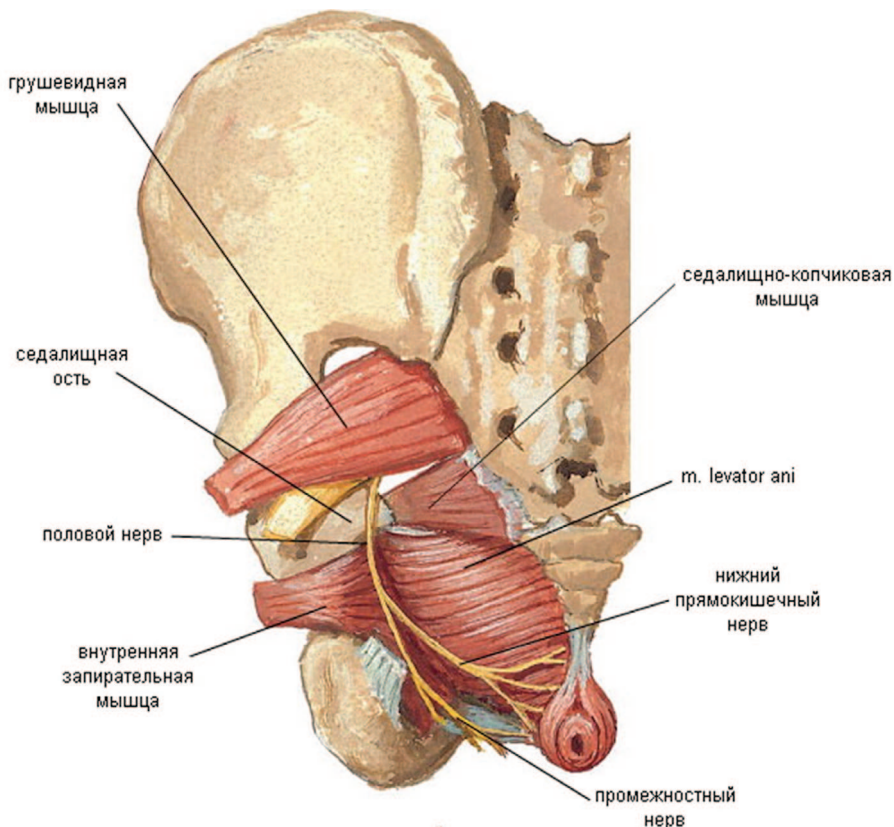
область, в половые органы, верхнюю часть бедра и голени, а также в тазобедренном и крестцово-подвздошном суставах, усиливающейся в положении стоя, при ходьбе, при приведении бедра и в полуприседе на корточках, в положении лежа.

В положении сидя с разведенными ногами боль немного стихает. Синдром грушевидной мышцы почти всегда сопровождается легкими сфинктерными нарушениями: перед началом мочеиспускания возникает небольшая пауза.

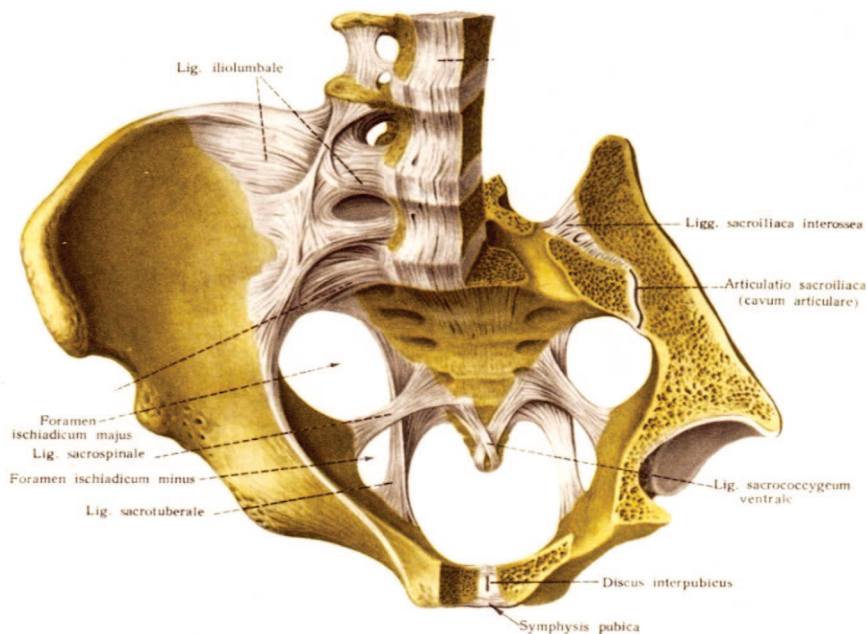
Синдром внутренней obturatorной мышцы и мышцы, поднимающей задний проход, сопровождается рядом характерных признаков:

- чувство инородного тела в заднем проходе;
- боль в промежности;
- боль в уретре и половом члене; ■

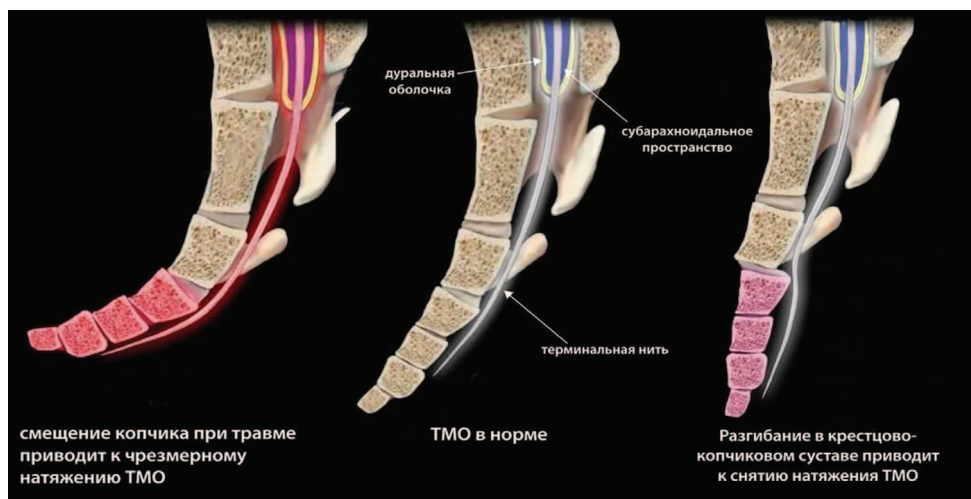
- боль в малом тазу;
- боль внизу живота;
- боль, которая усиливается при мочеиспускании, при ходьбе и в положении сидя;
- частые мочеиспускания;
- затрудненное опорожнение кишечника.



Синдромы крестцово-остистой и крестцово-бугорной связок характеризуются нелокализованной болью в глубине таза, которая может иррадиировать в промежность, паховую область и наружные половые органы по задней поверхности бедра. Боль усиливается при сидении в мягком кресле или за рулем автомобиля, при закидывании ноги за ногу и вставании из положения сидя. Больные предпочитают положение стоя.



В генезе *кокцигодинии* имеют значение повреждения и дегенеративные изменения в крестцово-копчиковом сочленении и окружающих связках, спастическое сокращение глубоких мышц тазового дна как проявление мышечно-тонических реакций при раздражении болевых рецепторов окружающих копчик фиброзных тканей [4, 5]. ■



Боль при кокцигодинии описывается пациентами как «мозжащая», «ноющая», «судорожная», «жгущая» и т. д. Иррадирует в анус, ягодицы, крестец, нижние отделы поясницы и задние отделы бедер, в паховую область и половые органы. Усиливается в положении сидя, особенно на жестком, уменьшается в положении стоя. Также усиливается при длительном сидении, при наклоне туловища вперед и вставании со стула. Становится сильнее при половом акте и часто сочетается с сексуальными расстройствами. Кроме того, сочетается с депрессией и очень плохо поддается лечению. Как подчеркнул Валентин Николаевич, эта клиническая картина крайне близка к картине хронического простатита.

При *висцеро-вертебральных болевых синдромах* наличие тесной иннервационной связи пораженного внутреннего органа с дерматомно-миотомно-склеротомной локализацией отраженной боли приводит к формированию отраженных висцеро-вертебральных и вертебро-висцеральных болевых синдромов [6].

Как пояснил Валентин Николаевич, каждый сегмент заднего рога спинного мозга соответствует одновременно определенному дерматому, миотому и внутреннему органу, болевая чувствительность которого также проводится через задний рог. При перевозбуждении сегментов заднего рога (имеет место при остеохондрозе даже в фазу ремиссии), куда поступают ноцицептивные импульсы из внутренних органов, импульсы могут быть субпороговыми и во внутреннем органе боли могут не ощущаться, а проецироваться в иннервируемый им дерматом.



Синдром эритромелалгии (болезнь Митчелла) относится к ангиотрофоневрозам — сложной для диагностики и лечения группе заболеваний, возникающих вследствие динамических расстройств вазомоторной и трофической иннервации органов и тканей.

Принято выделять первичную эритромелалгию и вторичную, развивающуюся на фоне различных патологических состояний. Первичная форма заболевания наблюдается намного реже и рассматривается как наследственное заболевание, вызванное мутацией в гене SCN9A. Передается аутосомно-доминантно. Вторичные формы эритромелалгии развиваются при неврологических состояниях (миелит, миопатия, полиомиелит, рассеянный склероз, сирингомиелия, деформи-

рующие болезни позвоночника), интоксикациях (алкогольная, ртутная), сосудистых заболеваниях (гипертонии), эндокринопатиях (микседеме), после травм, обморожений и т. д. Эритромелалгия характеризуется приступообразным расширением мелких сосудов кожи, сопровождающимся резкой болью, гиперемией и отеком.

В целом, как заключил Валентин Николаевич, нейропатия полового члена — это синдром, в генезе которого задействованы все уровни нервной системы, их участие проявляется в виде непосредственного вовлечения или через формирование миофасциальных синдромов.

Психогенная хроническая боль. Что касается ноципластической (психогенной) хронической боли, по разным данным, признаки психопатологии выявляются у 37–60% пациентов с синдромом хронической тазовой боли [7–9]. Такая боль возникает в отсутствие органического поражения. В частности, это боль, провоцируемая эмоциональными факторами и обусловленная мышечным напряжением, боль как бред или галлюцинация у пациентов с психозами, при истерии, ипохондрии и депрессии.

Как подчеркнул Валентин Николаевич, часто возникает вопрос о том, кто должен заниматься лечением пенильной боли: уролог, невролог или специалист другого профиля. На практике обычно пациенты оказываются в руках того, кто согласится взяться за эту патологию. Она бесспорно является сложной в плане диагностики, восстановления и психологической работы с пациентами. В идеальном случае лечением должен заниматься врач, обладающий междисциплинарными знаниями в области урологии, неврологии, психиатрии и других смежных дисциплин, способный разобраться в беспокоящих симптомах и предложить адекватную терапию, а еще лучше — междисциплинарная бригада. ■

Источники:

1. Зайцев А.В. и соавт. *Хроническая тазовая боль*, М.: 2016
2. Labat JJ et al. *Neur and Urodynamic*, 2008
3. Дривотинов Б.В. *Мат съезда неврол и нейрохир Респ Беларусь*, 2002
4. Попелянский Я.Ю. *Ортопедическая неврология (вертебрология). Руководство для врачей*. М.: 2003
5. Maigne JY et al. *Spine*, 1994
6. Дривотинов Б.В. и соавт. *Актуальные проблемы невропатологии и нейрохирургии: сб. науч. тр.* Минск: 2001
7. Riegel B. *J Psychosom Res*, 2014
8. Tripp DA et al. *World J Urol*, 2013
9. Крючкова М.Н. и соавт. *Мат рег. науч. конф. ФГОБУ ВО «Ростовский ГМУ»*, 2019

Психосоматические аспекты синдрома невоспалительной хронической тазовой боли и хронического абактериального простатита



Мелёхин А.И.

К.п.н., доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, психоаналитик, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт (г. Москва)

Причина хронического идиопатического простатита часто многофакторна и до конца не известна, лечение оказывается частично эффективным, с повышенными рисками развития рецидива, что требует рассмотрения дополнительных факторов, участвующих в патогенезе данного расстройства.

Небактериальный или идиопатический простатит — это распространенное, часто хроническое заболевание с болезненными симптомами, присутствующими без признаков инфекции. Подсчитано, что на приеме врачей-урологов пациенты с идиопатическим простатитом, простатодинией составляют в среднем от 10 до 25%. Пациенты часто страдают от симптомов изменений в мочеиспускании (например, частота, срочность или затруднения при мочеиспускании), жгучей, дергающей, тянущей боли в промежности («как будто внутри спица», «шар»), во внутренней части бедра, надлобковой боли, боли в пояснице, наличие хронической усталости и ощущения безнадежности своего положения [1].

Качество жизни пациентов с хроническим простатитом приравнивается к пациентам с недавним перенесенным инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией или болезнью Крона [1]. Однако, поскольку причина хронического идиопатического простатита часто многофакторна и до конца не известна, лечение временно оказывается успешным, потом наступают рецидивы. Поскольку результаты антибактериальной терапии, иммунотерапии хронического идиопатического простатита по сей день далеко не убедительными при данном расстройстве, а применение психофармакотерапии, физиотерапии оказывает временное улучшение, считается, что вклад психологических факторов играет важную роль в развитии хронического идиопатического простатита [2].

Учитывая физиологический аспект, простата имеет автономные концевые пластины, которые можно воспринимать как индикатор дистресса, режима гипербдительности у пациента [3]. Вегетативные сосуды были обнаружены в предстательной железе, в соответствующих местах, что говорит об участии нервной системы и психического функционирования пациента в данном расстройстве. Когда вегетативная нервная система стимулируется стрессом, она реагирует каскадным эффектом, при

котором, по-видимому, поражаются все органы, хотя некоторые больше, чем другие, что говорит об органе-мишени, специфическом для конкретного пациента. Напомним, что простата — это «второе сердце» мужчины. Стимуляция простаты как мышечный ответ в режиме гипербдительности приводит к секреции простатической жидкости, сокращению мышц предстательной железы, увеличению висцерального тонуса [3]. Известно, что пациенты с хронической болью в спине, которая часто бывает при идиопатическом простатите, избирательно гиперактивируют мышцы поясницы в ответ на сообщения или воображаемые болезненные и стрессовые жизненные события [4]. Вспомним синдром миозита напряжения, который идентифицируется как психофизиологическое состояние боли в спине, включающее тревогу, защитную гипервентиляцию и застревающую структуру характера.

Из повседневной практики мы видим, что пациенты с простатодинией часто страдают эмоциональными расстройствами, имеют специфический аффективный стиль восприятия событий и у них наблюдается тонус брюшной стенки [5]. Простатодинию рассматривают как соматический ответ, связанный со стрессом [6]. Обнаружено, что пациенты с простатодинией часто встревожены, имеют повышенное давление в уретре и среднее напряжение ЭМГ передней мышцы лица, что говорит о наличии у них болевого, тонического поведения [7]. От 50 до 70% с простатодинией избавлялись от боли и симптомов мочеиспускания при назначении мышечных миорелаксантов (блокаторы альфа-адренорецепторов) [1]. Таким образом, стереотипы мышечной реакции играют важную роль в развитии и поддержании состояний хронической скелетно-мышечной боли, в том числе и простатодинии.

По опросам 40% врачей общей практики и 65% урологов выявляют психосоматический аспект у пациентов с хроническим простатитом, а также специфические привычки реагировать на стрессовые события болью [2]. Эти наблюдения врачей были подтверждены данными: у пациентов с хроническим простатитом, по данным психологической шкалы ММРІ, наблюдается хронический соматизирующий стиль, то есть они реагируют на стресс первично-соматически, а вторично — депрессией и/или тревогой [3]. Показано, что депрессия и соматизация были ключевыми переменными, отличающими пациентов с хроническим простатитом от тех, кто обращается за вазэктомией [8]. По сравнению с пациентами с большим количеством физических признаков воспаления со стороны мочевыделительной системы пациенты с идиопатическим простатитом более сильно отягощены «средней» и «тяжелой» степенью выраженности симптомами тревожного спектра расстройств и расстройств настроения, включая нарушения сексуальной идентификации, паранойю, психотические состояния, обсессивно-компульсивное расстройство [1]. ■

У 50–65% пациентов с идиопатическим простатитом наблюдается спектр симптомов депрессии (например, эссенциальная форма), повышенные баллы по ипохондрии (соматосенсорной амплификации) и генерализованного тревожного расстройства. 5–10% пациентов признаются в мыслях о самоубийстве из-за урологических симптомов ограничивающих их жизнь. 52% сообщают о периодических сексуальных дисфункциях и избегающем поведении с партнерами, то есть прибегают к аутоэротизму [2, 9].

Интересно отметить, что у 59–78% пациентов наблюдаются проблемы с мужской идентичностью — маскулинностью [2, 10]. Показано, что мужчины с хроническим простатитом испытывают более выраженные изменения в мужской идентичности, по сравнению с теми, у кого наблюдаются боли в спине [10]. L. Keltikangas-Jarvinen, J. Ruokolainen применяя тематический апперцептивный тест (ТАТ) показали, что у пациентов с хроническим простатитом наблюдается диффузная мужская идентичность в 85% случаев [7]. Мужчины с урологическими проблемами испытывают чувство стыда, которое, связано с чувством несоответствия как мужчины и потери мужской идентичности [11]. Изменения в мужском здоровье, телесные болевые сенсации, ограничения оказывают существенное влияние на мужскую идентичность, маскулинность и приводят к рискам социальной изоляции, изменениям в эмоциональной стойкости, физической силе, сексуальной потенции с развитием стыда и наклеиванием на себя негативных ярлыков.

Культурные представления о маскулинности включают физическую силу, эмоциональную стойкость, уверенность в себе, конкурентоспособность, риск, агрессию и власть. В отличие от этого изменения в мужском здоровье часто ассоциируются с уязвимостью, слабостью, зависимостью и беспомощностью. Этот конфликт между маскулинностью и изменениями в здоровье может привести к дилемме маскулинности с ограниченными возможностями. Маскулинность становится еще более актуальной, учитывая высокую распространенность мужского самоубийства среди населения в целом, а также конкретные доказательства, что изменения в мужском здоровье является предиктором самоубийства, даже если психиатрическая коморбидность учитывается. Отсюда следует, что мужчины с хроническим простатитом имеют особенно высокий риск самоубийства, и это делает его еще более опасным заболеванием, влияющим на психическое благополучие и качество жизни [11].

Целью данной статьи было рассмотрение взаимодействия между маскулинностью и урологическими нарушениями, как они влияют на психическое благополучие мужчин. Мы считаем, что существуют психологические факторы, которые наблюдаются в сочетании с урологическими симптомами, что указывает на необходимость тщательной оценки и внимания к психологическим симптомам у пациентов с хроническим идиопатическим простатитом. Однако в ряде зарубежных, как и в российских уроло-



гических исследованиях, психологическая терминология не определена объективно. Кроме того, тот факт, что эти пациенты испытывают тревогу, депрессию или другие психологические расстройства, ставит вопрос о том, приводит ли хроническая проблема к аффективному расстройству или само расстройство является причиной проблемы. Кроме того, имеется мало исследований обследования популяции молодых мужчин с симптомами, похожими на хронический простатит (chronic prostatitis-like symptoms [2]). На основе обзора имеющихся исследований нами были рассмотрены следующие гипотезы. Первая гипотеза у пациентов с хроническим простатитом наблюдаются изменения в психическом благополучии в форме смешанных проявлений депрессии и тревоги. Вторая гипотеза: пациенты с хроническим простатитом имеют изменения в гендерной идентичности в форме высоких баллов по феминизации, андрогинности, чем по маскулинности. В рамках каждой гипотезы были исследованы взаимосвязи между физическими и психологическими симптомами.

Материалы и методы

Участники исследования. Обследовано 50 мужчин, обратившихся к клиническому психологу по рекомендации врачей-урологов, нейроурологов с диагнозом рубрики N41.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра, для прохождения психологического обследования и психотерапии. У пациентов преобладали синдром невоспалительной хронической тазовой боли (простатодиния) и хронический абактериальный простатит. Пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт, боли в промежности, нижней части живота или семяизвержении, изменения со стороны мочеиспускания. Средний возраст мужчин составил $31,1 \pm 10,2$ года, годы образования — $12,1 \pm 3,2$ года. Проживающих в г. Москве и Санкт-Петербурге. Большинство участников исследования работали и находились в отношениях. Продолжительность сохранения болезни колеблется от 2 до 5,5 лет. Критерии отбора для мужчин включали возраст 20–45 лет, хроническую боль в области половых органов, отсутствие в анамнезе рака области половых органов или облучения, отсутствие четких признаков инфекции предстательной железы (отсутствие локализации патогенов в простате по культуре мочи) и отсутствие применения антибиотиков в течение 4 недель.

Методики исследования: шкала оценки симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин (NIH-CPSI); опросник наличия и степени выраженности депрессии анкеты состояния здоровья (PHQ-9); шкала наличия и степени выраженности тревоги Спилбергера (STAI); опросник гендерной идентичности С. Бем (Bem Sex-Role Inventory). ■

Анализ полученных результатов проводился с использованием SPSS v. 26 for Mac OS X. Статистически значимость данных считалась при $p < 0,05$. Применялся критерий Крускала — Уоллеса. Оценка тенденция между наличием и степенью выраженности депрессии и хроническим простатитом проводилась с помощью трендового теста Кохрана — Армитажа.

Результаты исследования

У пациентов средние баллы по болевым (жжение, дерганье, «печет», ощущение инородного тела, «распирание») симптомам и изменениями в мочеиспускании по шкале NIN-CPSI составили 2,6 и 1,6 балла, что говорит о присутствии дискомфорта, который влияет на качество жизни, сопровождается перестраховочным (самомассаж, ощупывание, надавливание, запись к врачу перед поездками, прогрев сиденья в машине, прием противовоспалительных препаратов, иммуностимуляторов, БАДов, постоянное сканирование ощущений), избегающим (сокращение сексуальных отношений, поездок, посещение спортивного зала, сидеть на мягком, прием острой пищи, алкоголя, вождение автомобиля и др.) поведением и различными ритуалами самоуспокоения (например, много ходить, нагружать себя работой, чрезмерное упорядочивание в форме списков) (табл. 1).

Таблица 1. Урологический, психический статус и особенности гендерной идентичности участников исследования

Параметры	M	SD
Шкала оценки симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин (NIN-CPSI)		
Болевые проявления (0–21)	2,6	4,1
Симптомы со стороны мочевыводящих путей (0–10)	1,6	2,1
Опросник наличия и степени выраженности депрессии анкеты состояния здоровья (PHQ-9)	15,4	6,2
Шкала наличия и степени выраженности тревоги Спилбергера (STAI)		
Состояние тревоги (20–80)	44,2	7,0
Личностная тревожность (20–80)	46,8	7,2
Опросник гендерной идентичности С. Бем (BSRI)		
Маскулинность	4,1	0,8
Феминность	4,8	0,6

Средние баллы по выраженности депрессии, тревоги, маскулинности-феминности составили — 15,4, 44,2, 46,8, 4,1 и 4,4 балла, что указывает на изменения в психическом благополучии, гендерной идентичности с чувством уязвленности, неполноценности, неуверенности в собственных силах, ожидание упрека и неудач, страха потери контроля

над ситуациями у мужчин с урологическими симптомами. Присутствует негативизм, пессимизм, сосредоточенность на проблемах, неудачах, тенденция обесценивания хорошего в настоящем, застревать на вопросе «а все ли у меня в порядке». Страх за напрасную трату времени со стремлением к самосаботажу. При увеличении баллов по депрессии наблюдался рост тяжести урологических болевых проявлений, симптомов со стороны мочевыводящих путей, что говорит о развитии соматизации. Также следует отметить наличие у пациентов повышенной фобической настороженности («чувство неловкости в толпе», «чувство страха перед поездками в автобусах, метро или поездах»), которые часто связаны с болью и симптомами мочеиспускания (срочностью, частотой), что побуждает пациентов испытывать чрезмерную катастрофизацию, особенно когда им нелегко найти туалет или спонтанно возникает болевое ощущение.

Средние баллы по выраженности депрессии у пациентов составили 10,2, 16,4, 17,2 и 26,1 для групп 1–4 у которых были болевые проявления. Показатели депрессии составили 10,7, 12,2, 17,5 и 23,6 для групп 1–4, у которых были симптомы со стороны мочевыводящих путей. Наблюдались значительные различия между группами пациентов с болевыми и мочевыми симптомами ($p = 0,001$; $p = 0,028$). По мере того, как увеличивались баллы по выраженности боли и симптомам со стороны мочеиспускания, увеличивались баллы и по выраженности симптомов депрессии в форме ощущения безнадежности, чувстве неудовлетворенности собой, подавленность, проблемы со сном (трудности засыпания, ночные пробуждения), наличие тревожных сновидений («конец света», «убивают», «умираю», «кто-то преследует», «падает самолет», «красное, кровавое небо») ощущение усталости, ничего не доставляет удовольствия (табл. 2). ■

Таблица 2. Сравнение средних баллов по наличию и степени выраженности депрессии по группам болевых симптомов и со стороны мочевыводящих путей

Группы	Наличие и степень выраженности депрессии (PHQ-9)			
	M	SD	95% доверительного интервала	p
Болевые проявления (NIH-CPSI)				
Группа 1	10,2	7,1	8,2–12,1	0,001
Группа 2	16,4	9,7	10,7–22,0	
Группа 3	17,2	8,9	11,1–23,8	
Группа 4	15,4	14,0	8,7–43,7	
Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI)				
Группа 1	10,7	8,4	7,7–13,7	0,029
Группа 2	12,1	7,2	9,8–14,2	
Группа 3	17,5	9,1	11,3–24,1	
Группа 4	23,6	16,3	2,8–43,2	

Примечание. Стратификация каждой области по выраженности производилась путем суммирования баллов; группа с болевыми проявлениями – 1 (0), группа 2 (3–6) и группа 4 (11–21); группа с симптомами в мочеиспускания – 1 (0), группа 2 (1–3), группа 3 (4–6) и группа 4 (7–10)

Пациенты, у которых наблюдались значительные урологические симптомы, по данным шкалы NIH-CPSI имели выраженную депрессию и тревогу. Применение статистического теста Кохрана — Армитажа показало, что эти тенденции были значимыми ($p < 0,001$). Однако средние показатели по наличию и степени выраженности тревоги по состоянию и признакам не отличались для групп болевых и мочевых симптомов, и там и там наблюдалось присутствие тревожного аффекта. Средние баллы по тревожности состояния были 47,3, 44,5, 46,3 и 45,6 для групп 1–4 у которых присутствовала боль, и 47,7, 45,6, 47,0 и 45,8 для групп 1–4 у которых преобладали симптомы со стороны мочеиспускания (табл. 3).

Таблица 3. Результаты теста на тенденцию между группами депрессии и группами боли и мочеиспускания симптомы

Группы	Наличие и степень выраженности депрессии (в %)			
	Нет (0-4)	Легкая степень (5-9)	Средняя степень (10-15)	Тяжелая степень (20-27)
Болевые проявления (NIH-CPSI) $p < 0,001$ (тест Кохрана — Армитажа)				
Группа 1	30 (52)	16 (28)	10 (17)	2 (3)
Группа 2	4 (29)	4 (29)	2 (13)	4 (29)
Группа 3	2 (20)	2 (20)	3 (30)	3 (30)
Группа 4	0 (0)	1 (20)	2 (40)	4 (40)
Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI) $p < 0,001$ (тест Кохрана — Армитажа)				
Группа 1	19 (54)	7 (20)	6 (17)	3 (9)
Группа 2	15 (40)	11 (30)	7 (19)	4 (11)
Группа 3	1 (10)	4 (40)	3 (30)	2 (20)
Группа 4	1 (20)	1 (20)	1 (20)	2 (40)

Симптомы тревожности выражались в неспособности расслабиться, беспокойстве (катастрофизации) о разных вещах, тревога о здоровье («вдруг рак», «станет плохо», «а если будет простатит, то...»), «если посижу на твердом и холодном, то будет...»), раздражительность, трудно спокойно сидеть на месте, чувство страха от того, что может что-то плохое случиться, недовольство собой. Показано, что степень симптомов мочеиспускания, но не боли, была в значительной степени связана со степенью изменения в маскулинности пациентов. Неустойчивость маскулинности у урологических пациентов связана с отношениями к отцовской фигуре («реальный» и «идеальный» отец), конфликтом между собственной внутренней картиной мужественности и навязанным шаблоном, ощущением уязвимости как собственной телесности, так и окружающих вещей. Наблюдаются изменения в уверенности в себе, чувство зависимости, пассивность. Отмечают, что с момента начала болезни не понимают, что с ними происходит, тело их предает и ничем не могут заниматься. Полученные баллы по шкале гендерной идентичности С. Бен не показывают, что пациенты становятся более женственными, наоборот, у них наблюдаются сомнения по всем сферам, определяющим мужскую идентичность.

Например, «внутреннее ощущение не соответствует внешнему», «не мужественный».

Средние баллы по маскулинности составили 4,3, 3,9, 3,9 и 3,5 для групп 1–4 у которых преобладал болевой синдром в урологической картине, и 4,5, 4,1, 3,8 и 3,3 для групп 1–4 с преобладанием симптомов со стороны мочеиспускания (табл. 4).

Таблица 4. Сравнение средних значений маскулинности по группам болевых и мочевого симптомов

Группы	Наличие и степень выраженности депрессии (PHQ-9)			
	М	SD	95% доверительного интервала	<i>p</i>
Болевые проявления (NIH-CPSI)				
Группа 1	4,2	0,8	4,1–4,5	0,154
Группа 2	3,9	0,8	3,5–4,4	
Группа 3	3,8	0,8	3,4–4,5	
Группа 4	3,5	1,1	2,0–4,9	
Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI)				
Группа 1	4,4	0,8	4,2–4,7	0,040
Группа 2	4,1	0,7	3,9–4,3	
Группа 3	3,8	0,8	3,2–4,4	
Группа 4	3,4	1,0	2,1–4,6	

Средние показатели маскулинности не различались для групп с болевым синдромом, но были значительно различны для групп пациентов с симптомами мочеиспускания ($p = 0,042$, по критерию Крускала — Уоллиса). Однако не было продемонстрировано никакой существенной взаимосвязи между степенью урологических симптомов и степенью феминности у мужчин. Средние значения по субтесту на оценку феминности составили 4,5, 4,3, 4,4 и 4,2 для групп 1–4 боли и 4,4, 4,5, 4,1 и 4,5 для групп 1–4 симптомов мочеиспускания. Средние баллы по женственности не различались для групп болевых и мочевого симптомов (табл. 5). ■

Таблица 5. Сравнение средних значений феминности по группам болевых и мочевого симптомов

Группы	Наличие и степень выраженности феминности			
	М	SD	95% доверительного интервала	<i>p</i>
Болевые проявления (NIH-CPSI)				
Группа 1	4,2	0,8	4,1–4,5	0,154
Группа 2	3,9	0,8	3,5–4,4	
Группа 3	3,8	0,8	3,4–4,5	
Группа 4	3,5	1,1	2,0–4,9	
Симптомы со стороны мочевыводящих путей (NIH-CPSI)				
Группа 1	4,4	0,8	4,2–4,7	0,040
Группа 2	4,1	0,7	3,9–4,3	
Группа 3	3,8	0,8	3,2–4,4	
Группа 4	3,4	1,0	2,1–4,6	

Обсуждение и практические рекомендации

Полученные нами данные согласуются с зарубежными исследованиями [2–8] показывающими, что наличие изменений в психическом благополучии связаны с наличием урологических идиопатических симптомов, а также развитием простатодении. Симптомы со стороны мочеиспускания, а также болевой синдром сопровождалась симптомами депрессии. Этот результат несколько отличается от данных наших зарубежных коллег, которые больше связывают усиление урологических симптомов только с тревожным спектром расстройств. Обнаружено, что пациенты, которые жаловались на болевые симптомы, а не на изменения в мочеиспускании получили, значительно более высокие баллы по шкалам оценки психического здоровья, что согласуется с данными К. Egan и J. Krieger [10]. Все те, кто жаловался на боль, имеют выраженную степень депрессии. В отличие от предыдущих зарубежных исследований, мы не обнаружили, что симптомы хронического идиопатического простатита были связаны только с тревогой у молодых мужчин. Некоторые наши коллеги показали, что, наблюдая пациентов с хроническим идиопатическим простатитом на протяжении двух лет, наблюдается увеличение рисков развития тревожного спектра расстройства [3, 4, 7]. Нами показано, что тревога перекликается с депрессией, образуя аффективный стиль реагирования на стресс. Депрессия во много определяется тем, что пациенты с хроническим простатитом имеют относительно высокий средний балл изменений в мужественности-женственности по шкале С. Бем. Это отражает трудности в сексуальном функционировании, гендерной идентификации («полноценный мужчина ли я»), пассивность и предполагаемую уязвимость. Степень мочевыделительных симптомов, а не боль в психической организации мужчины, связаны с мужественностью. В целом наши результаты показывают, что мужчины с хроническим идиопатическим простатитом имеют спектр психологических проблем. Кроме того, симптомы депрессии и диффузная мужская идентичность могут быть связаны с развитием рефрактерного течения состояния с развитием болевого и избегающего поведения. Мы считаем, что связь между психологическими проблемами и урологическими симптомами, подобными хроническому простатиту, должны указывать на необходимость психологического обследования состояния пациентов и применение соответствующих протоколов психотерапии и психотерапии. Восприятие ситуаций как стрессовых (катастрофизация) является мощным фактором в развитии, продлении и сохранении симптомов идиопатического простатита. Управление особенностью восприятия в форме катастрофизации с помощью психотерапии принесет наибольшую пользу мужчинам, страдающими симптомами хронического простатита. Учитывая наличие гендерных барьеров и

стигматизации в отношении мужчин, ищущих поддержки в связи с урологическими и психологическими проблемами, существует большой риск того, что они обратятся к дисфункциональным стратегиям преодоления, которые способствуют бегству и избеганию. Учитывая стыд, который испытывается в связи с потерей ролей и изменениями в мужской идентичности, мужчинам может быть трудно представить беспокоящий их опыт в психотерапевтическом обсуждении, и это может потребовать высокой квалификации от специалиста в области психического здоровья.

В рамках психотерапии следует делать акцент на специфику мужской идентичности пациента, так как она выполняет ресурсные функции для психического функционирования, такие как способность поддерживать социальные отношения и роли и способствовать новым профессиональным, социальным, поведенческим проявлениям идентичности. Поэтому подходы, которые фокусируются на личных ценностях пациента и идентичности, могут быть особенно актуальны для поддержки маскулинности у мужчин с хроническим простатитом. Например, можно применять терапию принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy), которая способствует развитию психологической гибкости с учетом личных ценностей пациента. Также применяется когнитивно-поведенческой терапии с усилением нарративов (Narrative Enhanced Cognitive Therapy), которая направлена на снижение негативного влияния самостигматизации, самоограничения, негативно влияющие на идентичность, самооценку и социальные отношения мужчины (Yanos et al. 2012). В рамках этого подхода делается акцент на переосмыслении темы телесности, свободы воли, силы, желаний, которые могут способствовать лучшему согласованию с мужскими идеалами. Кроме того, концепция сострадательного ума (compassionate mind) по отношению к симптомам, включающая усиление психологической стойкости и ответственности, добавляет положительную ценность психотерапии, способствуя здоровой гибкости и усилению чувства гибкой мужской идентичности. Идеи позитивной психотерапии (positive psychotherapy) делают акцент на росте, силе и устойчивости, а не на симптомах и недостатках, что, в частности, предлагает более гендерно-ориентированный подход к адаптации мужчин с хроническим идиопатическим простатитом [11].

Выводы

- У пациентов с хроническим идиопатическим простатитом наблюдается преобладание спектра болевых симптомов и изменений со стороны мочеиспускания, которые сопровождаются спектром перестраховочного, избегающего поведения и ритуалами самоуспокоения, которые выступают поддерживающими факторами данного расстройства. ■

- Наблюдается преобладание симптомов тревоги, депрессии, изменений в маскулинности-феминности, что указывает на наличие психологических проблем, изменении в психическом благополучии в форме чувства уязвленности, неполноценности, неуверенности, ожидание неудач, упрека, страха потери контроля над ситуацией и собственным телом. Присутствует повышенная фобическая настороженность как по отношению к собственному телу, так и внешним факторам.

- При увеличении баллов по депрессии у пациентов с хроническим идиопатическим простатитом наблюдался рост тяжести урологических болевых проявлений, симптомов со стороны мочевыводящих путей, что говорит о склонности к соматизации, развития болевого аффективного стиля реагирования на стресс.

- По мере увеличения баллов по симптомам боли и со стороны мочеиспускания с формированием спектра перестраховочного, избегающего поведения увеличивались баллы и по депрессии. Однако средние показатели тревожности по состоянию и признакам не отличались в зависимости от показателей боли и симптомов мочеиспускания, что говорит о наличии стойкой тревоги ожидания.

- Степень симптомов мочеиспускания, но не боли, была в значительной степени связана со степенью изменения в маскулинности пациентов, диффузной (неустойчивой) мужской идентичности в форме неуверенности в себе, чувстве зависимости, пассивности, тревожной настороженности по отношению к собственному телу.

- Не было продемонстрировано никакой существенной взаимосвязи между степенью урологических симптомов и степенью феминности у мужчин с идиопатическим простатитом. ■

Источники:

1. Šutulović N, Grubač Ž, Šuvakov S, Jerotić D, Puškaš N, Macut D, Rašić-Marković A, Simić T, Stanojlović O, Hrnčić D. *Experimental Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Increases Anxiety-Like Behavior: The Role of Brain Oxidative Stress, Serum Corticosterone, and Hippocampal Parvalbumin-Positive Interneurons*. *Oxid Med Cell Longev*. 2021 Mar 2;2021:6687493. doi: 10.1155/2021/6687493.
2. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, Lee NK, Park YH. *Psychological problems in young men with chronic prostatitis-like symptoms*. *Scand J Urol Nephrol*. 2002;36(4):296-301. doi: 10.1080/003655902320248272.
3. Keltikangas-Jarvinen L, Mueller K, Lehtonen T. *Illness behavior and personality changes in patients with chronic prostatitis during a two-year follow-up period*. *Eur Urol* 1989; 16: 181–4.
4. Keltikangas-Jarvinen L, Jarvinen H, Lehtonen T. *Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis*. *Ann Clin Res* 1981; 3: 45–9.
5. Berghuis JP, Heiman JR, Rothman I, Berger RE. *Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis*. *J Psychosom Res* 1996; 41: 313–25.
6. Miller HC. *Stress prostatitis*. *Urology* 1988; 32: 507–10.
7. Keltikangas-Jarvinen L, Ruokolainen J, Lehtonen T. *Personality pathology underlying chronic prostatitis*. *Psychother Psychosom* 1982; 37: 87–95.
8. de la Rosette JJ, Ruijgrok MC, Jeuken JM, Karthaus HF, Debruyne FM. *Personality variables involved in chronic prostatitis*. *Urology* 1993; 42: 654–62.
9. Lewin KK. *Psychosomatic aspects of chronic prostatitis*. *Penns Med J* 1960;63:1793-1796.
10. Egan KJ, Krieger JN. *Psychological problems in chronic prostatitis patients with pain*. *Clin J Pain* 1994; 10: 218–26.
11. *The Palgrave Handbook of Male Psychology and Mental Health*. Edited by John A. Barry, Roger Kingerlee. Springer Nature. 2019., 734 p.



Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор: Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Зам. главного редактора: Сивков Андрей Владимирович
- »» Шеф-редактор: Шадеркин Игорь Аркадьевич

Специальные корреспонденты:

- »» Красняк Степан Сергеевич
 - »» Зеленская Мария Петровна
 - »» Коршунов Максим Николаевич
 - »» Болдырева Юлия Георгиевна
 - »» Асланова Юлия Георгиевна
-
- »» Дизайн и верстка: Белова Оксана Анатольевна
 - »» Корректор: Ниофитова Наталья Валентиновна

Тираж 3000 экземпляров

Распространение бесплатное — Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория — урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105094, г. Москва, Золотая улица, 11. БЦ «Золото», офис 2Б12

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

E-mail: info@uromedia.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.

Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.



Издательский дом «УроМедиа»