
© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.65-002-036-08

DOI 10.21886/2308-6424-2018-6-4-27-35

ISSN 2308-6424

Лечение больных с синдромом хронической тазовой боли в одиночном центре

В.А. Круглов, Ф.Р. Асфандияров, С.В. Выборнов, К.С. Сеидов

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
Астрахань, Россия

Введение. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является актуальной и широко обсуждаемой в медицинском сообществе проблемой. Несмотря на прилагаемые широким кругом специалистов усилия, в настоящее время отсутствует общепринятый универсальный подход к диагностике и лечению данного состояния. В статье приводится описание и результаты применения собственного подхода к ведению пациентов с синдромом хронической тазовой боли.

Цель исследования. Целью работы являлось улучшение практических результатов лечения пациентов, страдающих СХТБ.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования и лечения 46 мужчин в возрасте от 26 до 57 лет. Ведущей жалобой пациентов были длительно существующие боли в области таза и/или промежности. По результатам обследования у 43,5% пациентов были выявлены признаки воспалительного процесса в предстательной железе, у 56,5% – нет.

Пациенты с доказанными воспалительными изменениями в предстательной железе были разделены на две группы: первая группа получала «стандартную» терапию хронического простатита (антибиотики, простатотропные препараты, средства улучшения микроциркуляции и иммунокоррекции, физиотерапевтическое лечение), во второй группе пациенты получали «стандартное» лечение в сочетании с проведением миофасциальных блокад и терапией нейропатической боли. Пациенты без воспалительных изменений в простате были объединены в третью группу и получали только миофасциальные блокады и терапию нейропатической боли.

Результаты. Болевые ощущения при СХТБ наиболее часто локализуются в области промежности и в паховых зонах, при этом наличие или отсутствие воспалительного компонента в предстательной железе существенно не влияет ни на локализацию и степень болевых ощущений, ни на оценку качества жизни. Миофасциальные синдромы таза выявляются у большинства пациентов с СХТБ и их целенаправленная коррекция в рамках комплексной терапии положительно сказывается на результатах лечения пациентов.

Выводы. Коррекция мышечно-тонических нарушений при синдроме хронической тазовой боли сопровождается статистически значимым уменьшением болевого синдрома по 10 балльной числовой рейтинговой шкале для боли, снижением индекса I-PSS.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли; хронический простатит; миофасциальные синдромы; миофасциальные блокады; нейропатический болевой синдром

Раскрытие информации: Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила в редакцию: 14.10.2018. **Принята к публикации:** 11.12.2018.

Автор для связи: Асфандияров Фаик Растямович; тел.: +7 (908) 612-96-60; e-mail: drfa@rambler.ru

Для цитирования: Круглов В.А., Асфандияров Ф.Р., Выборнов С.В., Сеидов К.С. Лечение больных с синдромом хронической тазовой боли в одиночном центре. *Вестник урологии*. 2018;6(4):27-35. DOI: 10.21886/2308-6424-2017-6-4-27-35

Treatment of patients with chronic pelvic pain syndrome: result of single-center follow up study

V.A. Kruglov, F.R. Asfandiyarov, S.V. Vybornov, K.S. Seyidov

Astrakhan State Medical University; Astrakhan, Russian Federation

Introduction. Chronic pelvic pain syndrome is an urgent and widely discussed problem in the medical community. Despite the efforts made by a wide range of specialists, there is currently no universally accepted universal approach to the diagnosis and treatment of this condition. The article provides a description and results of applying its own approach to the management of patients with chronic pelvic pain syndrome.

Purpose of research. The aim of the work was to improve the practical results of treatment of patients suffering from chronic pelvic pain syndrome.

Materials and methods. The results of the examination and treatment of 46 men aged from 26 to 57 years are presented. The leading complaint of the patients was the long-term pain in the pelvic and / or perineal region. According to the survey results, 43.5% of patients showed signs of inflammation in the prostate gland, 56.5% showed no symptoms.

Patients with proven inflammatory changes in the prostate gland were divided into two groups: the first group received the "standard" therapy of chronic prostatitis (antibiotics, prostate-tropic drugs, microcirculation and immunocorrection enhancers, physiotherapy), in the second group the patients received the "standard" treatment in combination with myofascial blockades and neuropathic pain therapy. Patients without inflammatory changes in the prostate were combined into a third group and received only myofascial blockade and neuropathic pain therapy.

Results. Pain in chronic pelvic pain syndrome is most often localized in the perineal region and in the inguinal zones, while the presence or absence of a proven inflammatory component in the prostate gland does not significantly affect the localization and degree of pain, nor the assessment of quality of life. The pelvic myofascial syndromes are detected in the majority of patients with CPPS and their targeted correction in the framework of complex therapy has a positive effect on the results of patient treatment.

Conclusions. Correction of musculo-tonic disorders in chronic pelvic pain syndrome was accompanied by a statistically significant reduction in pain on a 10-point numerical rating scale for pain, a decrease in the I-PSS index.

Key words: chronic pelvic pain syndrome; chronic prostatitis; myofascial syndromes; myofascial blockade; neuropathic pain syndrome

Disclosure: The study did not have sponsorship. The authors have declared no conflicts of interest.

Received: 14.10.2018. **Accepted:** 11.12.2018.

For correspondence: Faik R. Asfandiyarov; tel.: +7 (908) 612-96-60; e-mail: e-mail: drfa@rambler.ru

For citation: Kruglov V.A., Asfandiyarov F.R., Vybornov S.V., Seyidov K.S. Treatment of patients with chronic pelvic pain syndrome: result of single-center follow up study. *Urology Herald*. 2018;6(4):27-35. (In Russ.). DOI: 10.21886/2306-6424-2018-6-4-27-35

Введение

Пациенты с жалобами на боли в области таза и промежности хорошо известны практикующим урологам.

Эти пациенты выражено акцентированы на имеющейся симптоматике, характеризуются негативным психоэмоциональным фоном, как правило, длительно и без существенного эффекта лечатся у различных специалистов [1].

Ведение таких пациентов до настоящего времени является нерешённой задачей.

Ранее сложившийся в урологической практике стереотип трактовать подобную симптоматику как проявления хронического простатита давно и очевидно себя изжил. В настоящее время широко обсуждается синдром хронической тазовой боли (СХТБ).

Ознакомление с литературой по данному вопросу выявляет как минимум две трактовки этого термина. С одной стороны СХТБ – это, согласно принятой классификации, один из вариантов хронического простатита (категория 3а и 3б), с другой, более современной позиции, СХТБ рассматривается как крупный синдром, одной из множества причин которого может быть хронический простатит [2, 3].

Термин «тазовая боль» пришёл в отечественную медицину из иностранных медицинских публикаций. Согласно рекомендациям руководства Европейской ассоциации урологов (2009), синдром хронической тазовой боли – постоянная или периодически повторяющаяся боль в тазовой области, отмечаемая не менее 6 месяцев.

«Тазовой» обозначают боль, локализирующуюся в нижних отделах живота ниже пупка, в нижней части спины и крестце, а также в промежности, в области наружных половых органов, влагалища, прямой кишки. Нередко наблюдается иррадиация по переднезадней поверхности бёдер и нижнему краю ягодиц. Обычно пациенты не могут указать точную локализацию боли и отделить эпицентр боли от зоны иррадиации.

Хроническая тазовая боль угнетает психоэмоциональное состояние пациента, резко снижает качество жизни. Известно, что влияние СХТБ на психическую сферу пациента сопоставимо с влиянием инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, язвенного колита и больше влияния зубной и ушной боли [4, 5]. В специальной литературе имеются указания, что 27 % пациентов с СХТБ страдают выраженной депрессией

и лекарственной зависимостью, у 18 % отмечаются значительные эмоциональные расстройства в период обострения болевого синдрома и почти 35% пациентов имеют в анамнезе указания на суицидальные попытки или намерения, что ещё раз подтверждает медико-социальную значимость данной патологии [3, 6].

Кроме болевых ощущений в понятие СХТБ включают и другие проявления, относящиеся к нарушениям тазовых органов – учащение мочеиспускания, нарушения стула, изменения тонуса мышц таза, сексуальная дисфункция, психоэмоциональные нарушения. Эти симптомы в той или иной степени присутствуют у пациентов с этой проблемой почти всегда, усложняя и запутывая причинно-следственную связь между ними. Именно поэтому в последнее время все чаще в зарубежной литературе вместо термина «синдром хронической тазовой боли» используют термин «синдром хронической промежностно-тазовой боли и дисфункции» как более широкий.

В настоящее время признано, что синдром хронической тазовой боли – это собирательное название множества патологических состояний, объединённых наличием болевых ощущений в области малого таза, в том числе таких, когда предстательная железа вовлечена в патологический процесс лишь косвенно или не вовлечена вовсе [7 - 9].

Болевые синдромы в области таза в литературе описаны давно, однако трактовка их природы и в настоящее время вызывает большие трудности. Этот синдром по образному выражению D.H. Zermannetal из университета штата Колорадо (США) до сих пор остаётся «диагностической и терапевтической головоломкой» [10, 11]. L. Hahn (2001) считает, что в дифференциально-диагностическом отношении приходится иметь в виду более 70 заболеваний, могущих быть причиной тазовой боли. И, напротив, даже при самом тщательном обследовании, какой-либо патологии может быть не найдено [12, 13].

Хроническая боль в перинеальной области может быть обусловлена патологией внутренних органов таза и половых органов, поражением мышц тазового дна и костно-связочного аппарата, вовлечением периферических нервов, а также может быть вызвана психологическими и иными факторами. Органы малого таза тесно связаны между собой, часто имеют общую иннервацию, кровообращение, мышечно-связочный аппарат. По сути, вся область таза является обширной рефлексогенной зоной, и поражение одного органа часто вовлекает в патологический процесс другие.

Сложность и многофакторность этиопатогенеза болевых синдромов в области таза находит отражение в попытках иностранных автор систематизировать данных пациентов. Наиболее известна и широко используется так называемая система клинического фенотипирования UPOINT, предполагающая оценку и суммирование симптомов по 6 различным диагностическим направлениям, именуемых в оригинальной методике диагностическими доменами. В частности, выделяют мочевоу, органно-специфический (простатический), инфекционный, неврологический,

психосоциальный и домен мышечной болезненности. Система доказала свою эффективность в классификации пациентов с синдромами урологической тазовой боли клинически значимым образом для назначения соответствующей терапии [14].

Согласно литературным данным, всё более преобладает точка зрения о снижении роли воспалительных заболеваний в патогенезе синдрома хронической тазовой боли. В настоящее время основная роль отводится миофасциальным (спастическим) синдромам мышц тазового дна и нейропатиям полового нерва.

Миофасциальные болевые синдромы (МФБС) обусловлены хроническим спазмом мышечно-связочного аппарата малого таза. Эти синдромы достаточно широко распространены, однако редко диагностируются в урологической практике. Хотя, например, Skootsky S. сообщает о 30% пациентов с хронической тазовой болью, у которых были диагностированы миофасциальные синдромы в специализированных клиниках по лечению болевых синдромов, по данным Bartoletti R. миофасциальные синдромы были выявлены в 13,8% случаев [11, 15].

Вовлечение в патологический процесс мышц тазового дна и периферических нервов может происходить на различных этапах заболеваний тазовых органов и является неотъемлемой частью процесса хронизации тазовой боли – то есть миофасциальные синдромы, как правило, вторичны. Но сложность ситуации в том, что в ряде случаев первичное заболевание органов таза регрессирует на фоне проводимой специфической терапии или спонтанно или переходит в латентную, труднодиагностируемую форму, а болевой синдром в области таза, вызванный вторичными изменениями мышц и периферических нервов тазовой области, сохраняется и даже усугубляется, “оторвавшись” от первопричины.

Длительно существующий мышечно-тонический синдром может приводить к возникновению мышечной дисфункции с развитием миофасциального синдрома, появлению характерных для последнего триггерных точек и соответствующих отражённых болевых паттернов. Повышение тонуса мышц тазового дна и промежности в совокупности с болью могут инициировать дизурические расстройства как механического, так и рефлекторного генеза [2, 7, 16].

С одной стороны, диагноз МФБС должен быть диагнозом исключения. С другой стороны, наличие у пациента, например «классического» бактериального хронического простатита не исключает, а наоборот предполагает также наличие у него и миофасциальных осложнений.

Патофизиологические механизмы формирования хронического спазма мышечно-связочного аппарата представляются следующим образом.

Любое состояние, более или менее длительно вызывающее болевые ощущения, приводит к снижению порога болевой чувствительности – это так называемая центральная сенситизация, развивающаяся, когда нейроны задних рогов спинного мозга получают мощный «залп» сигналов от болевых рецепторов. При

этом в нейронах задних рогов происходит прогрессивное нарастание активности нейронов, известное как феномен «взвинчивания» (wind-up), при котором нейроны становятся более чувствительными к последующим импульсам. Следующий этап – периферическая сенситизация. В пораженном органе увеличивается продукция фактора роста нервов (ФРН, NGF). Это приводит к увеличению количества рецепторов, аффилированных с демиелинизированными С-волоконками, основная роль которых – передача хронических болевых импульсов. Соответственно, увеличение их количества приводит к усилению болевого синдрома в поражённом органе.

Учитывая, что органы малого таза имеют перекрестную иннервацию, количество рецепторов к С-волоконкам увеличивается не только в «первопричинном органе», но в тех, с которыми он связан перекрестной иннервацией – это перекрёстная сенситизация. Такая перекрёстная реакция характерна, например, для эндо- и миометрия, уретерия мочевого пузыря [9]. Однако большинство мышц не приспособлено к функционированию в условиях длительного тонического напряжения, являющегося физиологическим ответом на болевое раздражение. Это приводит к появлению большого числа недоокисленных продуктов метаболизма в мышечной ткани – в мышце возникают вторичные расстройства: сосудистые, обменные, воспалительные и, как следствие, формируются локальные спазмированные зоны, которые получили название «триггерных точек» (термин предложен Janet Travell, 1942г). Это уплотнения, ощущаемые при пальпации и образованные напряжёнными мышечными волокнами. Таким образом, патогенез МФБС весьма сложен, но практически всегда возникающая и какое-то время существующая боль запускает порочный круг процессов, делающих её самоподдерживающейся даже в отсутствии первопричины.

К наиболее распространённым миофасциальным синдромам малого таза относят синдром леватора, синдром внутренней obturatorной мышцы и синдром грушевидной мышцы

Синдром леватора связан со спазмом мышцы, поднимающей задний проход. По данным J. Rigaud этот синдром встречается в 100% случаев у пациентов с СХТБ и характеризуется болями в области заднего прохода и прямой кишки усиливающимися в положении сидя, болезненностью при пальпации сфинктера. Синдром внутренней запирательной мышцы обусловлен спазмом *m. obturatorius internus* и проявляется чувством инородного тела в прямой кишке, болью в уретре и промежности [4, 9].

В настоящее время единого мнения в отношении терапии СХТБ нет, так же, как и нет возможности в каждом конкретном случае точно определить патофизиологические причины возникновения данного недуга [7, 16].

Длительные курсы антибактериальной терапии до недавнего времени считались основой в лечении СХТБ. Однако исследования, проведённые при длительном использовании ряда антибиотиков, не показали значительного положительного результа-

та. Результаты исследований использования альфа-адреноблокаторов, тоже весьма противоречивы. Так, Sheah P.Y. и др. в своих работах отмечают положительный эффект от использования препаратов данной группы при СХТБ [15, 17]. Alexander R.B. et al. в своей публикации, напротив, отмечают незначительный эффект от использования тамсулозина у больных с СХТБ [15].

Противовоспалительные препараты и иммуномодуляторы в качестве монотерапии многими авторами не рекомендуются ввиду незначительного нивелирования симптомов [2, 6, 12]. Использование сочетания кортикостероидов с антибиотиками было предложено в качестве гипотезы Tomaskovic I. et al. [15, 18]. Yang M.G. и et al. провели рандомизированное двойное слепое исследование, в котором отметили положительный эффект в краткосрочной перспективе.

Иностранные авторы также отмечают, что такие виды лечения, как низкоинтенсивная ударно-волновая терапия, акупунктура, биологическая обратная связь, инвазивная нейромодуляция, использование инъекций препаратов ботулотоксина, требуют более тщательных исследований для подтверждения эффективности их использования как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими методами лечения [2].

Также в качестве средств комплексной терапии СХТБ в литературе фигурируют миорелаксанты и анальгетики центрального действия, антидепрессанты, местные анестетики и противосудорожные препараты, используемые для терапии нейропатической боли [15].

Приведённые литературные данные демонстрируют отсутствие общепринятого подхода к диагностике и лечению синдрома, равно как и к этиопатогенетической сущности болевых ощущений в области таза. Очевидно, что окончательное разрешение комплекса противоречий – дело будущего. Однако актуальным остаётся вполне практический вопрос о лечении пациентов с данной симптоматикой. В своей работе мы **ставили целью** улучшить результаты лечения пациентов страдающих СХТБ.

Материалы и методы

В исследование были включены 46 пациентов, проходивших курсовое лечение в урологической клинике ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» на базе ГБУЗ АО «Александр-Мариинская областная клиническая больница» с 2016 по август 2018 гг.

Это были мужчины в возрасте от 26 до 57 лет, средний возраст составил $32,0 \pm 5,1$ года.

Главный критерий включения пациентов в исследование – наличие ведущей жалобы на длительно существующие боли в области таза и/или промежности. Средняя продолжительность заболевания составляла $3,8 \pm 2,1$ лет.

Исходя из концепции многофакторности синдрома хронической тазовой боли, всем пациентам проводили углублённое обследование с целью исключения

«опасных» причин СХТБ, так называемых, «красных флажков» [5, 7, 19].

Диагностический комплекс включал установление состояния предстательной железы и выраженности воспалительных изменений в ней и в мочевой системе: общий анализ крови и мочи, пальцевое ректальное исследование предстательной железы (ПЖ), трансректальное ультразвуковое исследование ПЖ (ТРУЗИ), определение объема остаточной мочи, КТ забрюшинного пространства, МРТ таза, микроскопическое исследование и бактериальный посев секрета ПЖ, микроскопическое исследование уретрального мазка и ПЦР-диагностика для исключения заболеваний, передающихся половым путем (ИППП). Всем пациентам старше 40 лет выполнялось исследование уровня простатоспецифического антигена крови (ПСА).

В отдельных случаях, при подозрении на патологию семенного бугорка, обследование расширилось за счёт выполнения диагностической уретроцистоскопии, позволившей в ряде случаев выявить гипертрофию и воспалительные изменения семенного бугорка – такие пациенты в исследование не включались.

Дополнительным и специфическим для урологической практики элементом диагностики был активный поиск у этих пациентов миофасциальных синдромов таза для уточнения наличия и выраженности нейропатического болевого компонента. С этой целью пациенты осматривались на предмет выявления гипертонуса мышц таза и промежности, триггерных точек, заполняли опросник нейропатической боли (DN4), предназначенный для широкого использования практичными врачами. DN4 был разработан как инструмент для диагностики и дифференциальной диагностики нейропатической боли.

Критериями исключения являлись острые урогенитальные воспалительные процессы, инфекции, передающиеся половым путем, другие заболевания органов таза, сопровождающиеся болевым синдромом, включая сосудистую и онкологическую патологию, заболевания нижнегрудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, декомпенсированные состояния других органов и систем.

Тяжесть симптомов заболевания оценивалась по результатам тестирования с помощью опросника Международной шкалы оценки простатических симптомов (International Prostatic Symptom Score, IPSS). Степень выраженности болевых ощущений дополнительно оценивали по 10-балльной числовой рейтинговой шкале для боли (Numeric rating Scale for pain, NRS). Оценку симптоматики проводили 3-хкратно: до начала лечения, в середине курса и по его завершению.

По результатам обследования у 20 пациентов (43,5%) были выявлены признаки воспалительного процесса в предстательной железе, у 26 (56,5%) – нет. В качестве критерия воспалительного процесса было принято обнаружение более 10 лейкоцитов в поле зрения при микроскопии секрета предстательной железы, положительный результат бактериального посева секрета предстательной железы.

Ведение пациентов было организовано следующим образом. Пациенты с доказанными воспалительными изменениями в предстательной железе были разделены на две равные и сопоставимые группы: первая группа получала «стандартную» терапию хронического простатита (антибиотики, простатотропные препараты, средства улучшения микроциркуляции и иммунокоррекции, физиотерапевтическое лечение), во второй группе пациенты получали «стандартное» лечение в сочетании с проведением миофасциальных блокад и терапией нейропатической боли. Пациенты без воспалительных изменений в простате были объединены в третью группу и получали только миофасциальные блокады и терапию нейропатической боли, так как мы считаем неоправданным назначение в данном случае антибактериальной терапии.

В соответствии с результатами обследования пациентам выполнялись блокады *m.levator ani*, *m.obturatorius internus* под электромиостимуляционным контролем. Последнее представляется весьма существенным компонентом методики. Доступ к мышцам, расположенным в полости таза ограничен, поэтому использование электростимуляции наиболее простой способ контролировать положение иглы с целью уверенного введения препарата в целевую группу мышц. Сокращения *m. levator ani*, *m. obturatorius internus* под действие электростимуляции определяется пальпаторно *per rectum*. С данной целью мы использовали электромиостимулятор отечественного производства.

Учитывая известные сложности использования препаратов ботулотоксина, для проведения миофасциальных блокад мы использовали раствор новокаина 0,5% 40-80 мл с добавлением 2-4 мг ропивакаина или лидокаина и 8 мг дексаметазона. Блокады выполнялись с частотой 2 раза в неделю общим количеством 6 процедур и дополнялись пероральным приемом габапентина в стандартной дозировке (в первый день – 300 мг, во второй – 600 мг в 2 приема, в третий – 900 мг в 3 приёма, курсом 2 месяца)

В качестве клинико-диагностических критериев улучшения на фоне проводимой терапии были приняты: снижение интенсивности болевых ощущений по аналоговой шкале, уменьшение суммарного индекса симптомов IPSS и улучшение качества жизни, для пациентов с установленным воспалительным процессом в предстательной железе – элиминация возбудителя при бактериологическом исследовании секрета предстательной железы, уменьшение степени воспалительных изменений в секрете предстательной железы (менее 10 лейкоцитов в поле зрения при микроскопическом исследовании секрета ПЖ)

Статистическая обработка полученных данных проводилась по методу Стьюдента, различия в показателях считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При анализе полученных результатов, независимо от наличия или отсутствия воспалительного процесса, влияние болевых ощущений на суммарный

балл симптоматики не выходит за рамки принятой погрешности, одинакова и оценка интенсивности боли (таблица 1).

Хронические болевые ощущения наиболее часто локализовались в области промежности и в паховых зонах (40%), в надлонной области и в паховой зоне

(32%), у 18% пациентов боли локализовались только в промежности и 10% пациентов отмечали мигрирующий характер болей, периодически возникающих в разных анатомических областях таза. Преимущественная локализация болей никак не была связана с наличием или отсутствием воспалительного процесса. При

Таблица 1. Исходные характеристики групп пациентов, включённых в исследование

Table 1. Baseline characteristics of patient groups included in the study

Характеристики пациентов <i>Patient characteristics</i>	1 группа <i>Group 1</i>	2 группа <i>Group 2</i>	3 группа <i>Group 3</i>
Количество пациентов <i>Number of patients</i>	10	10	26
Возраст, лет <i>Age years</i>	35	36	34
Длительность болевых ощущений, лет <i>Duration of pain, years</i>	2,6 лет	2,5 лет	2,4 года
Балл IPSS <i>IPSS score</i>	25	26	25
Числовая рейтинговая шкала для боли <i>Numeric rating Scale for pain, NRS</i>	5	5	5
Воспалительные изменения в предстательной железе <i>Inflammatory changes in the prostate</i>	+	+	-
Наличие миофасциальных синдромов таза <i>Presence of pelvic myofascial syndromes</i>	+	+	+
Проводимая терапия <i>Ongoing therapy</i>	«Стандартная» терапия хронического простатита <i>"Standard" therapy for chronic prostatitis</i>	«Стандартная» терапия хронического простатита + миофасциальные блокады + терапия нейропатической боли <i>"Standard" therapy of chronic prostatitis + myofascial blockade + neuropathic pain therapy</i>	Миофасциальные блокады +/терапия нейропатической боли <i>Myofascial blockade + neuropathic pain therapy</i>

наличия воспаления в предстательной железе при бактериологическом исследовании среди обнаруженных микроорганизмов наиболее часто встречались: *E. coli* – 26,8%, *Enterobacter spp.* – 16,0%, *Enterococcus spp.* – 14,6%, *Staphylococcus spp.* – 7,5%, *Enterococcus faecalis* – 6,3%.

Что касается диагностики миофасциальных синдромов, то по нашим наблюдениям значимой корреляции такой симптоматики с воспалительным компонентом в простате также не выявлено - положительные результаты разной степени выраженности встречались примерно в равной мере в обеих группах. Следует отметить, что выявление гипертонуса мышц и триггерных точек носит достаточно субъективный характер, учитывая практическую невозможность как-либо количественно охарактеризовать данное состояние.

Наиболее выраженный эффект от проведения миофасциальных блокад мы наблюдали у пациентов третьей группы, так как именно у них клиническая картина в наибольшей степени была обусловлена мышечно-тоническим компонентом (диаграммы 1, 2). Уменьшение выраженности болевого синдрома отмечалось, как правило, после первой процедуры, но было достаточно кратковременным, что обусловлено небольшим периодом действия используемых препаратов. В дальнейшем продолжительность и выраженность эффекта существенно возростала, что, с одной стороны, связано с кумулятивным действием, конкретные механизмы которого требуют уточнения, но предположительно связаны с постепенно развивающейся десенситизацией, с другой – с курсовым приёмом габапентина.

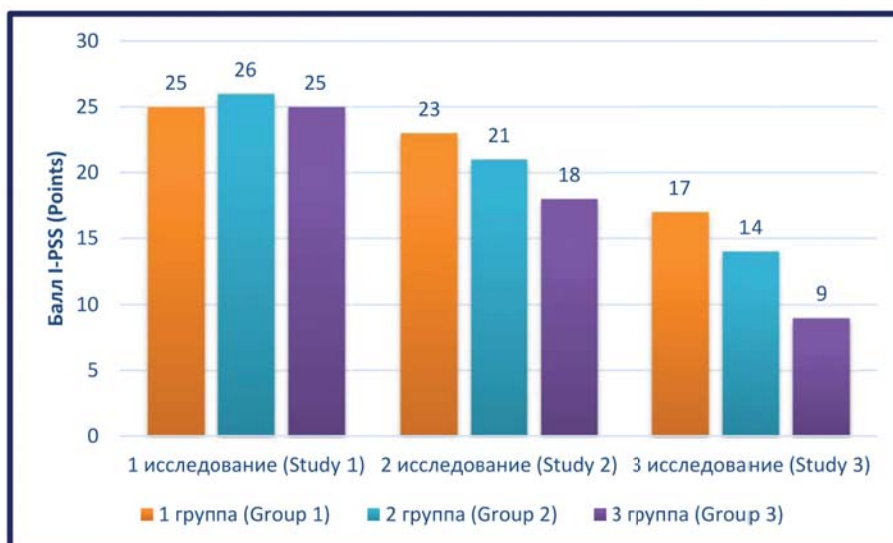


Диаграмма 1. Динамика индекса I-PSS в процессе лечения
Diagram 1. I-PSS index dynamics during of treatment

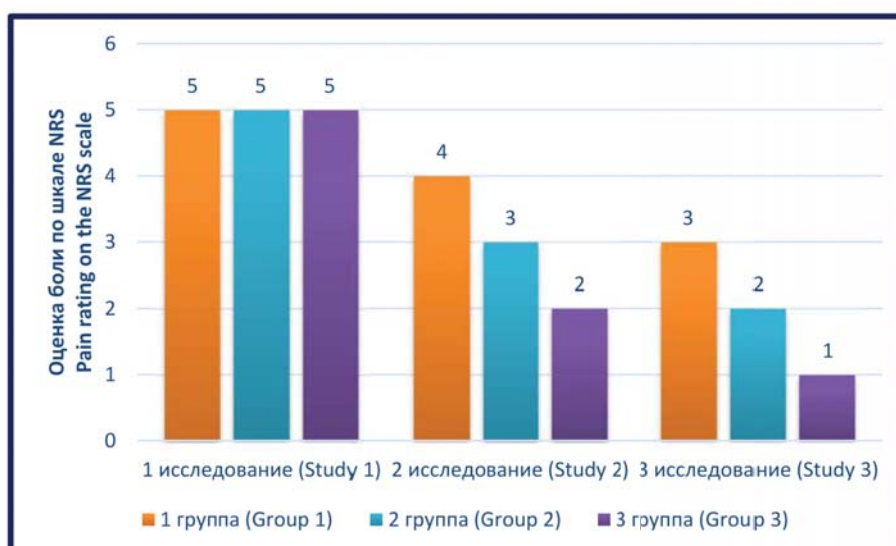


Диаграмма 2. Динамика индекса NRS в процессе лечения
Diagram 2. NRS index dynamics during of treatment

У пациентов второй группы, получавших аналогичное лечение наряду со стандартной терапией, регресс симптоматики был более выражен, чем у пациентов, получавших только стандартное лечение, но уступал таковому у пациентов без воспалительных изменений в предстательной железе. Эффективность блокад в данном случае подтверждает факт наличия миофасциального компонента болевого синдрома при хроническом бактериальном простатите, а худшая в целом динамика, по сравнению с пациентами второй группы, согласуется с известными представлениями о сложности антибактериальной терапии простатита и необходимости длительного курсового приёма антибиотиков.

В ходе проведения блокад в нескольких случаях отмечалась длительная болезненность в месте введе-

ния препаратов; более серьезных осложнений мы не наблюдали.

Заключение

Проблема выработки единого подхода к пониманию СХТБ очевидно далека от разрешения – об этом свидетельствуют десятки теорий и гипотез его возникновения.

Прогресс в этой области следует ожидать по мере совершенствования дифференциальной диагностики этих состояний, детализации клинической классификации заболевания, накопления достоверных клинических результатов, характеризующих эффективность и безопасность лекарственных средств. Однако уже сейчас коррекцию мышечно-тонических нарушений

при данном синдроме следует признать эффективным и безопасным методом лечебного воздействия

и рекомендовать данный метод к включению в комплексную терапию при СХТБ/хроническом простатите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Протопопова Н.В., Коган А.С., Семендяев А.А., Бочков В.В. Современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении хронической тазовой боли у женщин. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2005;6(44):180-190.
2. Извозчиков С.Б., Селицкий Г.В., Камчатнов П.Р. Синдром хронической тазовой боли. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(5):71-74.
3. Стефаниди А.В. Миофасциальные хронические тазовые боли у женщин. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2006;5(51):176-180.
4. Аполихина И.А., Миркин Я.Б., Эйзенх И.А., Малинина О.Ю., Бедретдинова Д.А. Тазовые дисфункции и болевые синдромы в практике уролога. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2012;2:85-90
5. Сивков А.В., Ромих В.В., Захарченко А.В. Хронический простатит категории IIIB/синдром хронической тазовой боли и сексуальные дисфункции. *Андрология и генитальная хирургия*. 2015;16(4):18-26. DOI: 10.17650/2070-9781-2015-16-4-18-26
6. Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты. *Вестник урологии*. 2017;5(1):52-63. DOI: 10.21886/2308-6424-2017-5-1-52-63
7. Извозчиков С.Б., Каприн А.Д. Синдром хронической тазовой боли: современные подходы к проблеме. Материалы Российского конгресса «Мужское здоровье» с международным участием; июнь 16-18, 2010; М.
8. Коган М.И., Белоусов И. И., Болоцков А.С. Артериальный кровоток в простате при синдроме хронической тазовой боли/ хроническом простатите. *Урология*. 2011;3:22-28.
9. Миркин Я.Б., Карапетян А.В., Шумов С.Ю. Интерстициальный цистит: дискуссия о патогенезе, диагностике и лечении. Часть 1. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2017;4:96-100.
10. Strauss AC, Dimitrakov JD. New treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Nat Rev Urol*. 2010;7(3):127-35. DOI: 10.1038/nrurol.2010.4.
11. Bachar GN, Belenky A, Greif F, Atar E, Gat Y, Itkin M, Verstanding A. Initial experience with ovarian vein embolization for the treatment of chronic pelvic pain syndrome. *Isr Med Assoc J*. 2003;5(12):843-846. PMID: 14689749
12. *Campbell-Walsh Urology*. 11th Edition Review, 2nd Edition. 2016.
13. Болотов А.В., Извозчиков С.Б. Габапентин (нейронтин) в лечении невропатической тазовой боли/пудендоневропатии. Медицинская реабилитация пациентов с патологией опорно-двигательной и опорной систем: Материалы 7-й городской науч.-практ. конф.; Декабрь 20, 2006; М.
14. Engeler D (Chair), Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ (Vice-chair), de C Williams AC. Guidelines Associates: Parsons B, Goonewardene S. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology, 2018. Доступно по: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/> Ссылка активна на 25.09.2018
15. Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ, Landis JR, Nickel JC, O'Leary MP, Pontari MA, McNaughton-Collins M, Shoskes DA, Comiter CV, Datta NS, Fowler JE Jr, Nadler RB, Zeitlin SI, Knauss JS, Wang Y, Kusek JW, Nyberg LM Jr, Litwin MS; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic

REFERENCES

1. Protopopova NV, Kogan AS, Semendyaev AA, Bochkov VV. Modern aspects of causation, pathogenesis, detection and treatment of women's chronic pelvic pain. *Bulleten VSNC SO RAMN*. 2005;6(44):180-190. (in Russ.)
2. Izvozchikov SB, Selitsky GV, Kamchatnov PR. Chronic pelvic pain Syndrome. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2011;111:5:71-74. (In Russ.)
3. Stefanidi AV. Myofascial chronic pelvic pain in women. *Bulleten VSNC SO RAMN*. 2006;5(51):176-180. (in Russ.)
4. Apolihina IA, Mirkin YaB, Eyzenah IA, Malinina OYu, Bedretdinova DA. Perineal Pain and Dysfunction in urological practice. *Experimental and Clinical Urology*. 2012;2:85-90. (in Russ.)
5. Sivkov AV, Romikh VV, Zakharchenko AV. Category IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and sexual dysfunction. *Andrology and Genital Surgery*. 2015;16(4):18-26. (In Russ.) DOI: 10.17650/2070-9781-2015-16-4-18-26
6. Kryuchkova MN, Soldatkin VA. Chronic pelvic pain syndrome: a psychopathological aspects. *Herald Urology*. 2017;5(1):52-63. (In Russ.) DOI: 10.21886/2308-6424-2017-5-1-52-63
7. Izvozchikov SB, Kaprin AD. Chronic pelvic pain syndrome – modern look to the problem. Paper presented at: Materialy Rossijskogo kongressa «Muzhskoe zdorov'e» s mezhdunarodnym uchastiem; June 16-18, 2010; Moscow. (in Russ.)
8. Kogan MI, Belousov II, Bolotskov AS. Arterial blood flow in the prostate in the syndrome of chronic pelvic pain/chronic prostatitis. *Urology*. 2011;3:22-28. (in Russ.)
9. Mirkin YaB, Karapetyan AV, Shumov SYu. Interstitial cystitis – pathogenesis, diagnosis and treatment strategies: an update. part 1 – pathogenesis. *Experimental and Clinical Urology*. 2017;4:96-100. (in Russ.)
10. Strauss AC, Dimitrakov JD. New treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Nat Rev Urol*. 2010;7(3):127-35. DOI: 10.1038/nrurol.2010.4.
11. Bachar GN, Belenky A, Greif F, Atar E, Gat Y, Itkin M, Verstanding A. Initial experience with ovarian vein embolization for the treatment of chronic pelvic pain syndrome. *Isr Med Assoc J*. 2003;5(12):843-846. PMID: 14689749
12. *Campbell-Walsh Urology*. 11th Edition Review, 2nd Edition. 2016.
13. Bolotov AV, Izvozchikov SB. Gabapentin (nejrontin) v lechenii nevropaticheskoy tazovoj boli/pudendonevropatii. Paper presented at: Medicinskaya reabilitaciya pacientov s patologiej oporno-dvigatel'noj i opornoj sistem: Materialy 7-j gorodskoj nauch.-prakt. konf.; Dekabr' 20, 2006; Moscow. (in Russ.)
14. Engeler D (Chair), Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ (Vice-chair), de C Williams AC. Guidelines Associates: Parsons B, Goonewardene S. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology, 2018. Available at: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/> Accessed September 25, 2018.
15. Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ, Landis JR, Nickel JC, O'Leary MP, Pontari MA, McNaughton-Collins M, Shoskes DA, Comiter CV, Datta NS, Fowler JE Jr, Nadler RB, Zeitlin SI, Knauss JS, Wang Y, Kusek JW, Nyberg LM Jr, Litwin MS; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med*. 2004;141(8):581-589. PMID: 15492337

- pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med.* 2004;141(8):581-589. PMID: 15492337
16. Извозчиков, С. Б. Невоспалительный синдром хронической тазовой боли у мужчин: неврологические аспекты урологической проблемы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2007. Доступно по: <http://medical-diss.com/medicina/nevospalitelnyy-sindrom-hronicheskoy-tazovoy-boli-u-muzhchin-nevrologicheskie-aspekty-urologicheskoy-problemy> Ссылка активна на 25.09.2018.
 17. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, Teh CL, Khor T, Yang JR, Yap HW, Krieger JN. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, placebo controlled trial. *J Urol.* 2003;169(2):592-596. DOI: 10.1097/01.ju.0000042927.45683.6c
 18. Tomaskovic I, Ruzic B, Trnski D, Kraus O. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in males may be an autoimmune disease, potentially responsive to corticosteroid therapy. *Med Hypotheses.* 2009;72(3):261-262. DOI: 10.1016/j.mehy.2008.10.020.
 19. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Пшихачев А.М., Варшавский В.А., Стойлов С.В. Хронический абактериальный простатит: все ли нам известно? *Андрология и генитальная хирургия.* 2010;3:90-94.
 20. Izvozchikov SB. Nevospalitel'nyy sindrom hronicheskoy tazovoy boli u muzhchin: nevrologicheskie aspekty urologicheskoy problemy [dissertation]. Moscow: Moscow State University of Medicine and Dentistry; 2007. Available at: <http://medical-diss.com/medicina/nevospalitelnyy-sindrom-hronicheskoy-tazovoy-boli-u-muzhchin-nevrologicheskie-aspekty-urologicheskoy-problemy> Accessed September 25, 2018. (in Russ.)
 21. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, Teh CL, Khor T, Yang JR, Yap HW, Krieger JN. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, placebo-controlled trial. *J Urol.* 2003;169(2):592-596. DOI: 10.1097/01.ju.0000042927.45683.6c
 22. Tomaskovic I, Ruzic B, Trnski D, Kraus O. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in males may be an autoimmune disease, potentially responsive to corticosteroid therapy. *Med Hypotheses.* 2009;72(3):261-262. DOI: 10.1016/j.mehy.2008.10.020.
 23. Alyaev YG, Vinarov AZ, Pshikhachev AM, Varshavsky VA, Stoilov SV. Chronic nonbacterial prostatitis: do we know everything. *Andrology and Genital Surgery.* 2010;3:90-94. (in Russ.)

Сведения об авторах

Круглов Владимир Александрович – к.м.н.; доцент кафедры урологии, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России.

ORCID iD 0000-0003-1451-008X

e-mail: astradoc@rambler.ru

Асфандияров Фаик Растямович – д.м.н., доцент; заведующий кафедрой урологии, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России.

ORCID iD 0000-0003-4324-4139

e-mail: drfa@rambler.ru

Выборнов Сергей Владимирович – к.м.н.; ассистент кафедры урологии, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России.

ORCID iD 0000-0002-8584-5533

e-mail: andro_vibor@bk.ru

Сеидов Каflan Султанович – к.м.н.; доцент кафедры урологии, ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России.

ORCID iD 0000-0003-3799-9543

e-mail: kaflanseidov@yandex.ru

Information about the authors

Vladimir A. Kruglov – MD, PhD (M) doctoral candidate; Associate Professor, Urology Department, Astrakhan State Medical University.

ORCID iD 0000-0003-1451-008X

e-mail: astradoc@rambler.ru

Faik R. Asfandiyarov – MD, PhD (M), DMS, Associate Professor (Docent); Head, Urology Department, Astrakhan State Medical University.

ORCID iD 0000-0003-4324-4139

e-mail: drfa@rambler.ru

Sergei V. Vybornov – MD, PhD (M) doctoral candidate; Assistant, Urology Department, Astrakhan State Medical University.

ORCID iD 0000-0002-8584-5533

e-mail: andro_vibor@bk.ru

Kaflan S. Seyidov – MD, PhD (M) doctoral candidate; Associate Professor, Urology Department, Astrakhan State Medical University.

ORCID iD 0000-0003-3799-9543

e-mail: kaflanseidov@yandex.ru