

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

(Последняя версия: март 2009)

М. Фалл (председатель), А. П. Барановски, С. Элнейл, Д. Энгелер, Дж. Хьюгз, И. Дж. Месселник, Ф. Оберпеннинг, А. С. Де С. Виллиамс

Евр урол 2004; 46(6):681-9

Диагностика и классификация ХТБ

Хроническая (или постоянная) тазовая боль сохраняется, по меньшей мере, 3 месяца. Она связана с изменениями в центральной нервной системе (ЦНС), которые могут поддерживать ощущение боли в отсутствие острого повреждения. Эти изменения могут усиливать восприятие таким образом, что не болевые стимулы принимаются как болевые (аллодиния), а болевые стимулы становятся более болезненными, чем ожидается (гипералгезия). Основные группы мышц, например, тазовые мышцы, могут становиться гипералгезическими с несколькими источниками болевых ощущений. Другие органы тоже могут становиться чувствительными, например, матка с диспареунией и дисменореей или кишечник с симптомами раздраженной кишки.

Изменения в ЦНС затрагивают головной и спинной мозг, а изменения в ощущениях приводят как к функциональным (симптомы раздраженной кишки), так и структурным изменениям (например, неврогенный отек при некоторых синдромах боли мочевого пузыря). Центральные изменения могут так же приводить к некоторым физиологическим последствиям, которые по-своему модифицируют болевые механизмы.

Проводятся фундаментальные исследования для того, чтобы исключить «вполне определенные» патологии. Негативные результаты говорят, что «вполне определенная» патология маловероятна. Любые дальнейшие исследования проводятся лишь для выявления специфических

показаний, например, подразделения болевого синдрома. Руководство, издаваемое Европейской ассоциацией урологов, избегает ложных диагностических терминов, которые связаны с некачественными исследованиями, методиками терапии и ожиданий пациентов и, наконец, худшим прогнозом.

Классификация в Таблице 1 сфокусирована на синдромах урологической боли. В ней отражено совпадение в механизмах и симптомах различных состояний и их терапии с помощью многодисциплинарного подхода. В работе с классификацией в Таблице 1 врач должен начать с левой стороны таблицы и затем продолжить работать с правой лишь в случае, если может абсолютно точно подтвердить, что боль воспринимается в соответствующей системе или органе. Часто невозможно определить состояние более точно, чем «синдром тазовой боли». Таблица 2 определяет терминологию, используемую при ХТБ.

Рисунок 1 представляет алгоритм для диагностики и терапии ХТБ. Следуйте шагам 1 до 6 (Таблица 3) при обращении к корректным колонкам в алгоритме (Рисунок 1).

Таблица 1: Классификация синдромов хронической тазовой боли

Ось I Область		Ось II Система	Ось III Конечный орган	как следует из истории, осмотра и обследований	
Хроническая тазовая боль	Синдром тазовой боли	Урологическая	Синдром болезненного мочевого пузыря	(См. Таблицу 5 в классификации Общества экспертов по изучению интерстициального цистита (ESSIC))	
			Синдром уретральной боли		
			Синдром простатической боли	Тип А воспалительный	Тип В невоспалительный
			Синдром скротальной (мошоночной) боли	Синдром тестикулярной боли	Синдром эпидидимальной боли
				Синдром боли после вазэктомии	
		Гинекологическая	Эндомитриоз, связанный с болевой синдромом		
			Синдром влагалищной боли		
			Синдром вульварной боли	Генерализованный синдром вульварной боли	
		Синдром локализованной вульварной боли		Синдром вестибулярной боли	
				Синдром клиторной боли	
		Аноректальная			
		Неврологическая	Например, синдром пудендалной боли		
		Мышечная			
	Синдром не тазовой боли	Например, неврологическая	Например, пудендалная невралгия		
Например, урологическая					

Ось IV	Ось V	Ось VI	Ось VII	Ось VIII
Отношение к зоне	Временная оценка	Характер	Сопутствующие симптомы	Психологические симптомы
Надлобковая Паховая Уретральная Половой член/ Клиитор Перинеальная Ректальная Спина Ягодицы	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЕ Острое Хроническое</p> <p>ТЕЧЕНИЕ Спорадическое Цикличное Постоянное</p> <p>ВРЕМЯ Наполнения мочевого пузыря Опорожнение мочевого пузыря Сразу после микции Позднее после микции</p> <p>СПРОВОЦИРОВАННАЯ</p>	<p>Ноющая Жгучая Пронизывающая Стреляющая</p> <p>Другая</p>	<p>МОЧА Частота мочеиспусканий Ноктурия Затрудненность Слабая струя Разбрызгивание Безотлагательное Императивное Недержание Другие</p> <p>ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ В т.ч., менструальные</p> <p>СЕКСУАЛЬНЫЕ В т.ч., диспареуния импотенция</p> <p>ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ</p> <p>МЫШЕЧНЫЕ Гипералгезия</p> <p>КОЖНЫЕ Аллодиния</p>	<p>БЕСПОКОЙСТВО Из-за боли или предполагаемой причины боли Другое</p> <p>ДЕПРЕССИЯ Объясняемая болью/ воздействием боли</p> <p>Объясняемая другими причинами или необъясняемая никак</p> <p>СТЫД, ВИНА по поводу раскрытого или скрываемого сексуального опыта</p> <p>СИМПТОМЫ ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) Переживание заново Избегание Перевозбуждение</p> <p>МОНОСИМПТОМНЫЙ БРЕД</p>

Таблица 2: Определения терминов ХТБ

Терминология	Описание
<i>Хроническая тазовая боль</i>	Незлокачественная боль, которая ощущается в структурах, относящихся к тазу у мужчин и женщин. В случае документально зафиксированной ноцицептивной боли, которая становится хронической, боль должна продолжаться или повторяться, по меньшей мере, 6 месяцев. Если механизмы ощущения неострой и центральной боли точно зафиксированы, тогда боль может рассматриваться как хроническая, независимо от временного промежутка. Во всех случаях всегда существуют когнитивные, поведенческие, сексуальные и эмоциональные последствия.
<i>Синдром тазовой боли</i>	Постоянная или эпизодически повторяющаяся тазовая боль, сопровождающаяся симптомами, связанными с нижними мочевыми путями, сексуальной, кишечной или гинекологической дисфункцией. Нет подтвержденной инфекции или других очевидных патологий (источник: Международное Общество по недержанию мочи (International Continence Society, ICS), доклад 2002)

<i>Мочепузырный болевой синдром</i>	Надлобковая боль, связанная с наполнением мочевого пузыря, сопровождающаяся другими симптомами такими, как увеличение частоты дневных и ночных мочеиспусканий. Отсутствие доказанных мочевых инфекций или другой очевидной патологии. Этот термин заимствован из доклада Международного Общества по недержанию мочи 2002 года, где был употреблен термин синдром болезненного мочевого пузыря; название было изменено на мочепузырный болевой синдром с целью согласования терминологии с другими синдромами боли. Публикация Европейского общества по изучению интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря (Общество экспертов по изучению интерстициального цистита (ESSIC) акцентирует внимание на том, что боль ощущается в мочевом пузыре
<i>Уретральный болевой синдром</i>	Повторяющаяся эпизодическая уретральная боль, обычно при мочеиспускании, с частыми дневными позывами и ноктурией. Подтвержденная инфекция или другая очевидная патология отсутствуют
<i>Пенильный болевой синдром</i>	Боль в половом члене, которая главным образом сосредотачивается не в уретре. Подтвержденная инфекция или другая очевидная патология отсутствуют

<i>Простатический болевой синдром</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая боль в предстательной железе, связанная с симптомами предположительно сексуальной дисфункции и/или дисфункции мочевых путей. Подтвержденная инфекция или другая очевидная патология отсутствуют. Определение заимствовано из определения и классификации простатита, принятых Национальным институтом здоровья (НИЗ) и включает состояния, описываемые как, «синдром хронической тазовой боли». Используя классификацию НИЗ синдром боли в предстательной железе может подразделяться на тип А (воспалительный) и тип В (не воспалительный)
<i>Мошоночный болевой синдром</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая мошоночная боль, связанная с предполагаемыми симптомами сексуальной дисфункции или дисфункции мочевых путей. Подтвержденный эпидидимоорхит или другая очевидная патология отсутствуют
<i>Тестикулярный болевой синдром</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая боль, локализованная в яичках при обследовании, которая связана с симптомами предположительно сексуальной дисфункции или дисфункции мочевых путей. Подтвержденный эпидидимоорхит или другая очевидная патология отсутствуют. Это более специфичное понятие, чем синдром мошоночной боли
<i>Поствазэктомический болевой синдром</i>	Мошоночный болевой синдром, появившийся после вазэктомии

<i>Придатковый болевой синдром</i>	постоянная или периодически повторяющаяся эпизодическая боль, локализованная при исследовании в придатке яичке, связанная предположительно с симптомами сексуальной дисфункции и/или дисфункции мочевых путей. Нет доказательства эпидидимоорхита или другой очевидной патологии
<i>Эндометриоз-ассоциированный болевой синдром</i>	Хроническая или повторяющаяся тазовая боль с наличием эндометриоза, который не объясняет всех симптомов
<i>Вагинальный болевой синдром</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая вагинальная боль, связанная предположительно с симптомами сексуальной дисфункции или дисфункции мочевых путей. Нет доказанной вагинальной инфекции или другой очевидной патологии
<i>Вульварный болевой синдром</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая вульварная боль, либо соотносимая с циклом мочеиспускания или связанная предположительно с симптомами сексуальной дисфункции или дисфункции мочевых путей. Нет подтвержденной инфекции или другой очевидной патологии

<i>Генерализованный вульварный болевой синдром</i>	Вульварное жжение или боль, локализацию которых точно не возможно определить точечным инструментом (в соответствии с формой определения при давлении путем прощупывания аппликатором с ватным наконечником или дисэстетическая вульводиния). Преддверие вульвы тоже может быть болезненным, но боль не ограничивается лишь этим участком. Клинически боль может возникать с и без провокации (прикосновение, давление или трение)
<i>Локализованный вульварный болевой синдром</i>	Боль постоянно и точно локализуется при исследовании точечным нажатием в одной или более частях вульвы. Клинически боль обычно появляется в результате провокации (прикосновение, давление или трение)
<i>Вестибулярный болевой синдром</i>	Боль, локализованная путем исследования точечным нажатием в одной или нескольких частях преддверия вульвы (формально вульварный вульбулит)
<i>Клииторный болевой синдром</i>	Боль, локализованная при исследовании точечным нажатием в клиторе
<i>Аноректальный болевой синдром</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая ректальная боль, связанная с ректальными триггерными зонами/болезненностью, относящимися к симптомам кишечной дисфункции. Нет подтвержденной инфекции или другой очевидной патологии

<i>Пудентальный болевой синдром</i>	Невропатический вид боли, возникающей в месте расположения пудентального нерва с симптомами и признаками ректальной, сексуальной дисфункции или дисфункции мочевых путей. Нет подтвержденной очевидной патологии (Это не то же самое, что пудентальная невралгия)
<i>Перинеальный болевой синдром</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая перинеальная боль, которая связана либо с циклом мочеиспускания либо предположительно с симптомами сексуальной дисфункции или дисфункции мочевого пузыря. Нет подтвержденной инфекции или другой очевидной патологии
<i>Болевой синдром мышц тазового дна</i>	Постоянная или повторяющаяся эпизодическая тазовая боль с соответствующими триггерными точками, которая связана либо с циклом мочеиспускания, либо с предположительными симптомами кишечной, сексуальной дисфункции или дисфункции мочевых путей. Нет подтвержденной инфекции или другой очевидной патологии.

Таблица 3: Рекомендации по использованию алгоритм на Рисунке 1 для диагностики и ведения ХТБ

Шаг	Действие	Алгоритм
1	Начать с исследования системы органов, где, как кажется, главным образом сосредотачивается боль	Первая колонка
2	«Хорошо определенные» состояния, такие как цистит, следует диагностировать и лечить согласно национальным или международным руководствам	Вторая колонка и верхняя часть третьей колонки
3	Когда терапия не оказывает никакого эффекта на боль, следует выполнить дополнительные тесты (такие как, например, цистоскопия или ультразвук)	Нижняя часть третьей колонки
4	Когда эти тесты выявляют какие-либо патологии, их следует тщательно лечить	Четвертая колонка
5	Если терапия не оказывает никакого эффекта, пациента следует направить к бригаде, занимающейся проблемой боли	Четвертая колонка
6	Если нет никакого «хорошо определенного» состояния или не обнаружено никакой патологии в ходе дополнительных тестов, то пациент также должен быть направлен к бригаде, занимающейся проблемой боли	Пятая колонка

Хроническая простатическая боль/ хронический простатит, связанный с синдромом хронической тазовой боли

Хронический простатит связан с синдромом хронической тазовой боли — дискомфорт или боль в области таза в течение более 3 месяцев со стерильными пробами культуры и либо значительным, либо незначительным количеством лейкоцитов в простатоспецифичных пробах (а именно: семенная жидкость, выделяемый секрет простаты и моча, собираемая после массажа простаты). Согласно классификации Национального института диабета и заболеваний почек и пищеварительной системы (NIDDK) Хроническая простатическая боль/хронический простатит, связанный с синдромом хронической тазовой боли принадлежат категории III. Она может считаться единой, поскольку различие воспалительных и не воспалительных аспектов не имеет никаких последствий в диагностике и терапии. В данном обзоре используется термин «синдром простатической боли (CP/CPPS)».

Диагноз основывается на истории 3 месячной боли в мочеполовой области и отсутствии других патологий нижних мочевых путей. Он может быть разумно подтвержден двухстаканной пробой или пре- и после массажным тестом, выявляя точно 96% пациентов.

Синдром простатической боли часто лечится эмпирически из-за неизвестной этиологии. Большинству пациентов необходима мультимодальная терапия для основных симптомов и сопутствующих заболеваний (Таблица 4).

Таблица 4: Терапия простатического болевого синдрома

Лекарственное средство	УО	СР	Комментарии
• Альфа-блокаторы	1a	A	Эффект на NIH-CPSI (индекс симптомов хронического простатита) тотально
• Антимикробная терапия	3	B	Хинолоны Только если ранее не было ранее лечения, результат оценивать заново после 2-3 недель. Продолжительность 4-6 недель
• Опиоиды	3	C	Как часть мультимодальной терапии для лечения устойчивой к терапии боли вместе с клиникой боли
• Нестероидные противовоспалительные препараты	1b	B	Следует принять во внимание отдаленные побочные эффекты
• Ингибиторы 5-альфа редуктазы	1b	B	Если есть доброкачественная гиперплазия предстательной железы
• Фитотерапия	1b-3	B	
• Биологическая обратная связь, расслабляющие упражнения, изменения в стиле жизни, массаж, хиротерапия, акупунктура и медитация	2a-3	B	Как поддерживающая терапия второй линии

УО — уровень обоснованности, СР — степень рекомендации

Мочепузырный болевой синдром/интерстициальный цистит

Этот гетерогенный спектр нарушений все еще плохо определен. Воспаление - важная характерная черта лишь у некоторой подгруппы пациентов. Мочепузырный болевой синдром — боль, ощущаемая в области мочевого пузыря, а интерстициальный цистит - особый вид хронического воспаления мочевого пузыря.

Из-за трудностей в определении некоторых понятий, как критерии консенсуса национального института диабета, пищеварения и заболеваний почек в конце 1980 —х до сих пор использовалось чрезвычайно большое множество диагностических критериев. Европейское общество экспертов по изучению интерстициального цистита (ESSIC) недавно предложило стандартизированные диагностические критерии, чтобы облегчить работу по сравнению различных исследований. Оно предлагает диагностировать мочепузырный болевой синдром на основе боли, ощущаемой в области мочевого пузыря, которая сопровождается, по меньшей мере одним симптомом, таким как дневные и/или ночные частые мочеиспускания. Очень похожие заболевания должны быть исключены как причины симптомов. Могут быть назначены цистоуретроскопия, гидродистензия и биопсия (Таблица 5).

Таблица 5: Классификация мочепузырного болевого синдрома на основе цистоуретроскопии с гидродистензией и биопсии

Цистоуретроскопия с гидродистензией				
Биопсия	Не выполнена	В норме	Гломеруляции (степень 2-3)	Язва Гуннера с/без гломеруляций
Не выполнена	XX	1X	2X	3X
В норме	XA	1A	2A	3A
Не информативна	XB	1B	2B	3B
Положительная*	XC	1C	2C	3C

*Гистология, показывающая воспалительные инфильтраты и/или детрузорный мастоцитоз и/или грануляционную ткань и/или внутритручковый фиброз

Диагноз ставится на основании симптомов, обследования, анализа мочи и цистоуретроскопии с гидродистензией и биопсией (Рисунок 2). У пациента отмечается характерная боль и частое мочеиспускание, которое иногда крайне высоко и всегда включает ноктурию. Боль – ключевой симптом. Она соотносится со степенью наполнения мочевого пузыря, обычно усиливается с ростом наполненности мочевого пузыря и локализуется в надлобковой области, иногда отдавая в паховую область, влагалище, прямую кишку или крестцовый отдел позвоночника. Несмотря на то, что с опорожнением мочевого пузыря боль уменьшается, она вскоре возвращается.

Две основные формы – классическая (Гуннер) и не язвенная болезнь – представляют различные клинические картины и возрастное распространение. Два вида по-разному реагируют на терапию и обладают различными

гистопатологическими, иммунологическими и нейробиологическими чертами. Рекомендации по терапии перечислены в таблицах 6 и 7.

Таблица 6: Лекарственное лечение мочепузырного болевого синдрома/ интерстициального цистита

Лекарственное средство	УО	СР	Комментарии
Анальгетики	2b	C	Ограничено случаями, ожидающими дальнейшего лечения
Гидроксизин	1b	A	Стандартное лечение, несмотря на ограниченную эффективность в РКИ
Амитриптилин	1b	A	Стандартное лечение
Pentosanpolysulphate sodium (PPS)	1a	A	Стандартное лечение; данные противоречивые
Циклоспорин А	1b	A	РКИ показали лучший результат, чем при (PPS), но с большими побочными эффектами

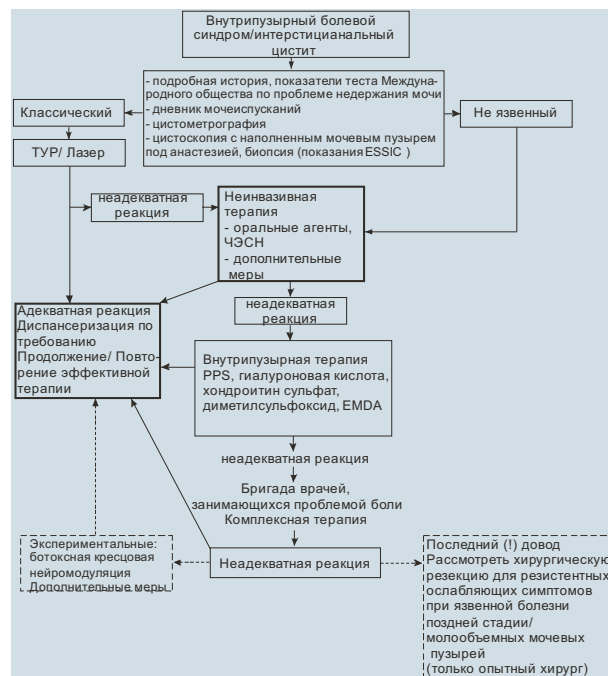
УО – уровень обоснованности; СР – степень рекомендации; РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

Таблица 7: Внутрипузырный, интервенционный, альтернативный и хирургический методы терапии мочевого пузыря/интерстициального цистита

Терапия	УО	СР	Комментарии
• Внутрипузырно PPS	1b	A	
• Внутрипузырно гиалуроновая кислота	2b	B	
• Внутрипузырно хондроитин сульфат	2b	B	
• Внутрипузырно диметилсульфоксид	1b	A	
• Растяжение мочевого пузыря	3	C	
• Внутрипузырный электрофорез препаратов	3	B	
• Трансуретральная резекция (коагуляция и лазер)	NA	A B	Только язва Гуннера
• Блокада нерва/ эпидуральная помпа	3	C	Для кризисных вмешательств; влияет только на боль
• Тренировка мочевого пузыря	3	B	Пациенты с не-сильной болью
• Мануальная и физиотерапия	3	B	
• Психологическая терапия	3	B	
• Хирургическая терапия	NA	A	Различные данные, последний довод, только опытные хирурги

УО – уровень обоснованности, СР – степень рекомендации; PPS - пентозанполисульфат натрия

Рисунок 2: Схема диагностики и терапии мочевого пузыря/интерстициального цистита



ЧЭСН – чрескожная электростимуляция нерва; ТУР – трансуретральная резекция; ESSIC – Общество экспертов по изучению интерстициального цистита

Мошоночный болевой синдром

Следует всегда производить физикальное обследование с осторожной пальпацией каждой части мошонки и пальцевым исследованием прямой кишки на наличие отклонений в простате и мышцах тазового дна. Ультразвук

мошонки имеет ограниченное значение в поисках причины боли. Мошоночная боль может исходить от триггерных точек в тазовом дне или мускулатуре нижней части живота.

Уретральный болевой синдром

Уретральный болевой синдром определен плохо. Его признаками является болезненность или боль при пальпации и воспаленная слизистая оболочка уретры, обнаруженная во время эндоскопии. У пациентов отмечается боль или дискомфорт во время мочеиспускания при отсутствии мочевого инфекции. «Отсутствие мочевого инфекции» является причиной проблем в диагностике, поскольку методы, обычно применяемые для определения мочевого инфекции, ничего не показывают. Консенсуса в отношении методов терапии нет. Лечение может потребовать мультидисциплинарного подхода.

Тазовая боль в гинекологической практике

Чтобы определить причины, которые можно лечить необходима полная история, обследование и надлежащие исследования (например, мазок, визуализация таза, диагностическая лапароскопия). Однако причины не будут обнаружены у 30% пациентов. Самые распространенные гинекологические болевые состояния включают дисменорию, тазовые инфекции и эндометриоз. Тазовые инфекции обычно реагируют на антибиотикотерапию, но может потребоваться хирургическое вмешательство при продолжительных состояниях. Гинекологические злокачественные опухоли часто проявляются теми же симптомами, что и мочевого болевой синдром.

Возможно, специальное лечение потребуется сексуальной дисфункции, которая сопутствует тазовой боли. Сексуальная дисфункция у мужчин подробно описана в руководствах. Сексуальную дисфункцию у женщин лечить сложнее, на нее влияют сексуальные расстройства у партнера. Рекомендуется решать эту проблему в паре в

клинике сексуального здоровья.

Неврогенные состояния

Когда ХТБ не возможно объяснить местной тазовой патологией, следует направить пациента к неврологу, чтобы исключить любые патологии конуса или крестцового корешка. Предпочтительное исследование — магнитно-резонансное, которое может показать и нервную ткань и прилежащие структуры. Если ни одно из исследований не показывает нарушения, возможно, это фокальный болевой синдром, например, ущемление срамного нерва. Лечение для каждого состояния строится индивидуально.

Функционирование и дисфункция тазового дна

Тазовое дно выполняет три функции: поддержка, сокращение и расслабление. Дисфункцию тазового дна следует классифицировать согласно «Стандартизации терминологии функции и дисфункции тазового дна», выпущенной Международным обществом по удержанию мочи (ICS). Как и во всех документах по стандартизации ICS классификация основывается на триаде симптома, признака и состояния. Симптомы — то, что говорит пациент; признаки — результаты физикального обследования. Для оценки сокращений и расслабления мышц тазового дна следует прибегать к пальпации. Исходя из полученных результатов, функция тазового дна классифицируется как нормальная, гиперактивная или нефункциональная. Гиперактивные мышцы тазового дна могут приводить к ХТБ.

Повторяющееся или хроническое перенапряжение мышц может активизировать триггерные точки в мышцах. Триггерные точки — чрезвычайно болезненно чувствительные участки, связанные с гиперчувствительными пальпируемыми уплотнениями в напряженных связках. Боль в триггерных точках обостряется при определенных движениях и частично снимается в определенных поло-

жениях. Боль усиливается при нажатии на триггерную точку (например, точка, имеющая отношение к половому сношению) и при поддерживаемых или повторяющихся сокращениях (например, боль при мочеиспускании или дефекации). Во время физикального обследования триггерные точки можно пальпировать и надавливание будет вызывать местную боль. У пациентов с ХТБ триггерные точки часто можно обнаружить в мышцах, связанных с тазом, таких как абдоминальные, ягодичные и грушевидная мышцы.

При ХТБ надо не забывать о лечении гиперактивности тазового дна. Специальная физиотерапия может улучшить функционирование мышц тазового дна и координацию.

Психологические факторы при ХТБ

Психологические факторы влияют на развитие и сохранение постоянной тазовой боли, адаптацию к боли и результат лечения. Боль причиняет стресс и лишает возможности заниматься важными видами деятельности. Пациенты могут беспокоиться относительно сути поражения, заболевания и продолжительных страданий. Абсолютно точно доказано улучшение когнитивных и эмоциональных процессов после лечения боли. Нет доказательств в пользу альтернативной и широко распространенной модели соматизации. Отсутствие значительных физических признаков не является доказательством существенной психологической обусловленности.

При ХТБ среди женщин распространены волнение, депрессия и сексуальные проблемы. Их следует оценивать и лечить. История сексуального или физического насилия не редкость, но оно обнаруживается при других нарушениях и их случайная связь маловероятна. У мужчин депрессия связывается с урологическими симптомами и беспокойство и депрессия могут привести к отказу от обычной деятельности; вероятны сексуальные пробле-

мы.

Оценить психологическое состояние (Таблица 8) становится гораздо легче, если клиницист имеет возможность действовать совместно с психологом или подобным специалистом. Прямые вопросы о том, как думает пациент, что не так или что беспокоит его или ее, оказываются более полезны, чем заполнение анкеты степени беспокойства пациентом. Пациент, признающий подавленное настроение и называющий его причиной боли, может скорее реагировать на психологический подход в лечении боли. Раскрытие физического или сексуального насилия в детском возрасте не влияет на терапию боли. О раскрытии любого имеющего в данный момент места физического или сексуального насилия должно быть сообщено в соответствующие службы. Любая терапия должна учитывать влияние на качество жизни.

Существует несколько исследований по изучению психологических подходов в терапии. Женская тазовая боль показывает высокий процент спонтанной симптоматической ремиссии. Для мужчин и женщин, скорее всего, лучших результатов помогает добиться комбинация физического и психологического лечения (Таблица 9).

Таблица 9: Психологические факторы при оценке ХТБ

Оценка	УО	СР	Комментарий
Беспокойство по поводу причины боли – Спросить: Вы волнуетесь о том, что может вызывать боль?	1a	С	Проводились исследования только среди женщин. Мужчины не участвовали.

Депрессия из-за боли – Спросить: Как боль повлияла на вашу жизнь?; Какие эмоции вызывает у вас боль?	1a	C	Проводились исследования только среди женщин. Мужчины не участвовали.
Множественные психические симптомы/общее состояние здоровья	1a	C	
История сексуального или физического насилия	1a	C	Нынешнее/недавнее насилие может быть более важно

УО – уровень обоснованности; СР – степень рекомендации

Таблица 9: Факторы, определяющие терапию ХТБ

Терапия	УО	СР	Комментарий
Ослабление напряжения; релаксация, для ослабления боли	1b	A	Релаксация +/- Биологическая обратная связь +/- физиотерапия; главным образом мужская тазовая боль
Мультидисциплинарное лечение боли для благополучия	(1a)	(A)	Пациенты с хронической тазовой болью, которые лечатся внутри большой группой, пациентов: нет исследований лишь случаев тазовой боли

УО – уровень обоснованности; СР – степень рекомендации

Общая терапия ХТБ

Существует незначительные свидетельства в пользу лечения ХТБ анальгетиками и коанальгетиками. Рекомендации, представленные здесь, заимствованы из источников

по общей хронической боли на основании того, что ХТБ вероятно модулируется теми же механизмами, что и соматическая, висцеральная и невропатическая боль. Таблица 10 суммирует общий подход в лечении.

Простые анальгетики

Парацетамол хорошо переносится и обладает малым количеством побочных эффектов. Он может быть альтернативой НСПВП или назначаться вместе с ними. Однако имеется слишком мало свидетельств в пользу применения НСПВП средств при ХТБ. Большинство исследований анальгетиков рассматривали дисменорею, при которой НСПВП средства превосходили по результатам плацебо и возможно парацетамол.

Невропатические анальгетики и трициклический антидепрессант

Если имело место повреждение нерва или центральная сенсibilизация, примите во внимание алгоритм на Рисунке 3. Трициклики показали эффективность при невропатической боли. Существуют ограниченные доказательства в пользу применения селективного ингибитора обратного захвата серотонина и недостаточно доказательств для других антидепрессантов.

Противосудорожные средства

Противосудорожные средства применялись в терапии боли в течении многих лет. Они могут быть уместны при невропатической боли или при центральной сенсibilизации. В некоторых странах лицензирован габапентин для лечения хронической невропатической боли. Габапентин обладает небольшим количеством серьезных побочных эффектов по сравнению со старыми противосудорожными средствами. Противосудорожные средства не применяются при острой боли.

Опиоиды

Применение опиоидов при боли в мочеоловой сфере

плохо определено. Их применение при невропатической боли не ясно, хотя метаанализ показывает клинически значимое положительное воздействие.

Руководство по применению невропатических анальгетиков

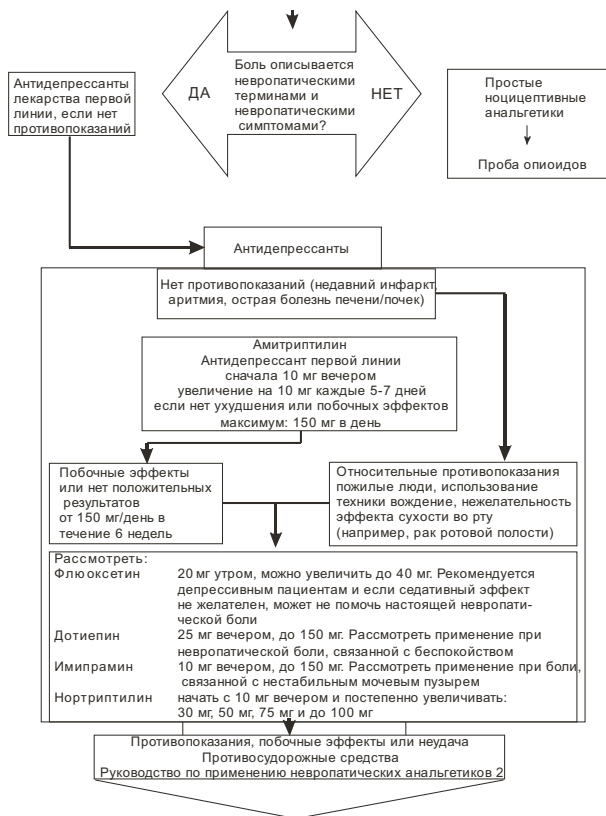


Таблица 10: Общая терапия ХТБ

Лекарственное средство	Вид боли	УО	СР	Комментарий
Парацетамол	Соматическая боль	1b	A	Ограниченные положительные результаты; в основном артралгическая боль
Антагонист простагландинсинтазы-2		1b	A	Избегать у пациентов с сердечнососудистыми факторами риска
НСПВП	Дисменорея	1b	B	
Трициклические антидепрессанты	Невропатическая боль	1a	A	
	Тазовая боль	3	C	Свидетельства говорят, что тазовая боль сродни невропатической
Противосудорожные средства Габапентин	Невропатическая боль	1a	A	
Опиоиды	Хроническая незлокачественная боль	1a	A	Ограниченные долгосрочные данные; должны применяться только клиницистами опытными в их использовании

	Нейропатическая боль	1a	A	Вероятно положительный результат имеет клиническое значение. Осторожность в применении как указано выше
<i>CO – степень обоснованности; UP – уровень рекомендации; НСПВП – нестероидные противовоспалительные препараты</i>				

Блокады нерва

Эти специализированные процедуры могут выполняться в диагностических и терапевтических целях врачом-консультантом, специализирующемся на терапии боли и с опытом работы с анестетиками. Диагностические блокады трудно интерпретировать из-за множества механизмов его действия. Все блокады нерва должны быть выполнены насколько можно аккуратно опытным персоналом с контролирующей и реанимационной аппаратурой. Для процедуры очень важно хорошее оборудование, особенно иглы, приборы определения расположения нерва и визуализация (а именно: усилитель рентгеновского изображения, ультразвук или компьютерная томография).

Надлобковая чрескожная электронейростимуляция (TENS)

В широком исследовании надлобковой TENS у 60 пациентов (33 с классическим интерстициальным циститом, 27 с неязвенной болезнью) TENS помогло 54% пациентов с классическим ИЦ. Менее благоприятные результаты были получены при неязвенного ИЦ. Оценивать эффективность TENS с точностью при мочепузырном болевом синдроме/ИЦ трудно. Трудно разработать контролируемые исследования из-за того, что стимуляция высокой интенсивности дается в определенные участки в течение длительного периода времени.

Крестцовая нейромодуляция при синдромах тазовой боли

Нейропатическая боль и комплексные синдромы региональной боли удачно лечились с помощью нейростимуляции спинного позвоночника и периферических нервов. Нейромодуляция может иметь место при ХТБ.

Заключение

Хроническая тазовая боль охватывает большое количество клинических проявлений и состояний. Этиология и патогенез часто неясны. Для успешного лечения требуется подробная история, тщательное физическое обследование, дополненное адекватным лабораторным тестированием и внимательным отношением к лечению, начиная с менее опасных методов и заканчивая более инвазивными процедурами согласно установленным алгоритмам, при этом об операции речь может идти, только если все остальные варианты не дали результата.

Основой для текста этой небольшой брошюры служит более развернутое руководство EAU (ISBN 978-90-70244-91-0), которое доступно для всех членов Европейской ассоциации урологии на их вебсайте – <http://www.uroweb.org>.