



Синдром хронической тазовой боли у мужчин

Определение

Синдром хронической тазовой боли определяется как хроническая боль, чувство давления или дискомфорт, локализующиеся в области таза, промежности или гениталий у мужчин, продолжительностью более 3 месяцев, не связанные с легко объяснимыми причинами (инфекция, новообразование или структурный дефект). Другие названия данного расстройства включают простатодинию и хронический небактериальный (абактериальный) простатит, хотя не ясно, как симптомы связаны с простатой.

Клиническая картина

Согласно определению, данный синдром возникает только у мужчин. Общие симптомы включают боль или дискомфорт в области промежности, надлобковой области, половом члене и яичках, а также дизурию и боль во время эякуляции. У пациентов могут также наблюдаться симптомы со стороны мочевых путей, к которым относятся как обструктивные (медленное, перемежающееся мочеиспускание), так и раздражающие (повышенная частота мочеиспускания или императивные позывы к мочеиспусканию). Сексуальная дисфункция является характерной. Системные проявления включают миалгию, артралгию и необъяснимую усталость. У некоторых пациентов может наблюдаться разновидность интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря с преобладающей болью в области мочевого пузыря, связанной с мочеиспусканием.

Эпидемиология

По данным самоотчетных исследований диагноз встречается у 0,5% мужчин; исследования генеральной совокупности, основанные на наличии симптомов, предполагают, что встречаемость симптомов у мужчин варьирует от 2,7% до 6,3%. Синдром обычно диагностируется у молодых мужчин и у мужчин среднего возраста, однако распространен во всех возрастных группах. Внезапное обострение симптомов встречается часто и сопровождается нарастанием их интенсивности в течение нескольких часов, дней или недель. Общие сопутствующие заболевания включают депрессию, стресс и тревожные расстройства.

Патофизиология

Патофизиология все еще не полностью изучена и, вероятно, является сложным многофакторным процессом, который в конечном счете приводит к хроническому нейропатическому и/или мышечному болевому синдрому. К инициаторам данного патологического состояния, как полагают, относятся инфекция (включая заболевания, передающиеся половым путем и, возможно, некультивируемые бактерии и вирусы), травма (включая травмы промежности и мочеиспускательного канала), активация нервной системы, воспаление, не связанное с инфекцией (аутоиммунное или нейрогенное), расстройство мочеиспускания, а также дисфункция мышц тазового дна/мышечный спазм. У генетически и/или анатомически предрасположенных мужчин данные инициаторы могут привести к хронической нейропатической и нейромышечной боли.

Диагноз

Тщательный сбор анамнеза, объективное обследование и проведение лабораторных анализов необходимы для исключения диагнозов со схожей симптоматикой. План обследования включает общий анализ мочи, бактериологический посев мочи, а у выборочных пациентов - исследование уроидинамики, цистоскопию, а также визуализирующие исследования нижних мочевыводящих путей/тазовых органов.

Методы лечения

Лечение обычно комбинированное и должно быть индивидуальным в соответствии с клиническим синдромом пациента. Влияние боли и ее лечения на сексуальную функцию необходимо оценивать и учитывать. Консервативное лечение включает местное теплолечение, упражнения с малой ударной нагрузкой (ходьба, плавание, растяжка или занятия йогой), диету и изменение качества жизни, а также физиотерапию. Лекарственное лечение может включать подбор антибиотиков, альфа-ареноблокаторов, противовоспалительных препаратов, мышечных релаксантов и растительных препаратов.

Лечение болевого синдрома включает лекарственные препараты для устранения нейропатической боли, такие как трициклические антидепрессанты или габапентиноиды. Опиоидные анальгетики обычно назначаются в крайних случаях. Интервенционные методы лечения болевого синдрома, такие как прямые инъекции местных анестетиков, могут быть показаны пациентам с определенными и локализованными болевыми участками. Методы, направленные на лечение мочевого пузыря, показаны пациентам с интерстициальным циститом/синдромом болезненного мочевого пузыря. Психотерапия (в частности, когнитивная бихевиоральная терапия) может быть полезна при изучении значимой с практической точки зрения техники управления болью. Хирургического вмешательства следует избегать до наличия специфических показаний (т.е. обструкции шейки мочевого пузыря или мочеиспускательного канала).

Литература

- [1] Anothaisintawee T, Attia J, Nickel, JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, Thakkinstian A. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011;305:78–86.
- [2] Fall M, Baranowski AP, Eneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, Oberpenning F, Williams ACdeC. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010;57:35–48.
- [3] Nickel JC. Prostatitis. *Can Urol Assoc J* 2011;5:306–15.
- [4] Nickel JC, Shoskes D. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int* 2010;106:1252–63.
- [5] Strauss AC, Dimitrakov JD. New treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Nat Rev Urol* 2010;7:127–35.
- [6] Wagenlehner FM, Naber KG, Bschiepfer T, Brähler E, Weidner W. Prostatitis and male pelvic pain syndrome. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:175–83.

