

УДК 616.718,19-009.7-036,12-08

*Н. И. Симченко*  
**Учреждение образования**  
**«Могилевский государственный университет»,**  
**Филиал ОДО «Семья и здоровье»**  
**г. Могилев, Республика Беларусь**

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

### *Введение*

Синдром СХТБ распространен во всех странах мира. Если говорить о мужчинах, от тазовой боли страдает от 10 до 16% мужчин во всем мире [10]. Тазовая боль сопровождает до 60–90% пациентов с диагнозом «простатит» [1, 10]. Наиболее частыми причинами служат воспалительные процессы в мочеполовой сфере, гипоксия органов малого таза, связанная с плохим кровоснабжением и варикозом, операции и травмы. К неврологическим причинам относят остеохондроз, протрузии, полинейропатии (в том числе диабетическую) [1, 2]. Симптомы синдрома хронической тазовой боли могут быть изолированными или комбинированными:

- Постоянная, упорная боль в промежности, крестце, пояснице, лобковой, паховой и подвздошной области [1, 4].
- Неопределенная (нелокализованная) боль в малом тазу разной интенсивности.
- Болезненные уплотнения и спазм мышц в области промежности. Боль и спазм усиливаются, при длительном сидячем положении.

Важным механизмом формирования хронической тазовой боли является центральная сенсibilизация, феномен которой заключается в том, что возбуждение на уровне ЦНС сохраняется после прекращения действие болевых стимулов. В связи с этим боль возникает от минимальных триггеров, а от «стандартных» триггеров она значительно сильнее [1, 10]. Поэтому эякуляция или давление на промежность в положении сидя становятся болезненными.

Синдром СХТБ может быть следствием миофасциального синдрома тазового дна и промежности. В зоне повреждения тканей накапливаются медиаторы воспаления, которые активируют болевые рецепторы, из-за чего мышцы рефлекторно сокращаются. В спазмированной мышце появляются триггерные точки. Триггерная точка представляет собой уплотнение мышцы. При пальпации эти точки ощущаются как болезненные узелки в толще мышцы. Дисфункция мышц таза отрицательно воздействует на работу органов таза.

Чтобы оценить болевой синдром, используют различные шкалы и опросники: опросник DN4; болевую шкалу LANSS; Мак-Гилловский болевой опросники и др. [1, 4].

### *Цель*

Поиск и систематизация комплексного подхода к лечению хронической тазовой боли.

### *Материалы и методы исследования*

В течение 2023–2024 гг. в нашей клинике проходили лечение 32 пациента с СХТБ, из них 28 мужчин, 4 женщины. Возраст пациентов от 38 до 52 лет. Все пациенты предь-

являли жалобы на постоянные боли разной интенсивности в области малого таза. Все они неоднократно проходили курсы антибактериальной терапии по поводу заболеваний мочеполовой сферы. Длительно принимали анальгетики и НПВС. Эффект от лечения был кратковременным или отсутствовал.

Всем пациентам было проведено обследование на наличие миофасциального синдрома.

В положении лежа на спине проводилось исследование паховых связок и мест их прикрепления, мест соединения лобковых костей для выявления болезненности, уплотнений и отечности. Осматривались места прикрепления приводящих и отводящих мышц бедра [1, 5, 8].

Для подтверждения наличия миофасциального синдрома мышц тазовой области и промежности мы использовали критерии Тревелла и Симонса. «Большие» критерии – локальная боль в промежности или другой области таза; уплотнение мышц в области тазового кольца; резкая болезненность и повышенная чувствительность в области уплотнения; скованность и ограниченность движений в районе триггерных точек [4, 5]. «Малые» критерии – боль при стимуляции триггерных точек; вздрагивание в определенном участке при пальпации или уколе в область триггерной точки; уменьшение боли после растягивания мышцы [7].

У всех пациентов имелись все большие критерии и 1–2 малых, что позволило у всех поставить диагноз «миофасциальный синдром».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

У всех наших пациентов триггерные точки тазового дна были очень чувствительны и определялись достаточно легко (рисунок 1). Необходимо осматривать и прямую мышцу живота (над симфизом) для выявления триггерных точек и диастаза прямых мышц живота (рисунок 2). Пальпируется место прикрепления подвздошной мышцы, расположенное медиальнее передней верхней подвздошной ости на предмет болезненности. Оценивается состояние соединительной ткани; болезненные области часто кажутся утолщенными или стянутыми и вызывают острую или глубокую боль, похожую на ушиб. Оценивается наличие и состояние рубцов. Пальпируется надлобковая область для определения болезненности мочевого пузыря.

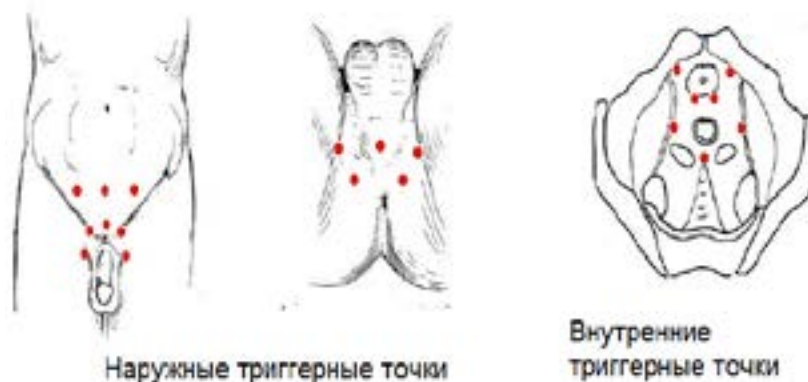


Рисунок 1 – Триггерные точки таза при СХБТ

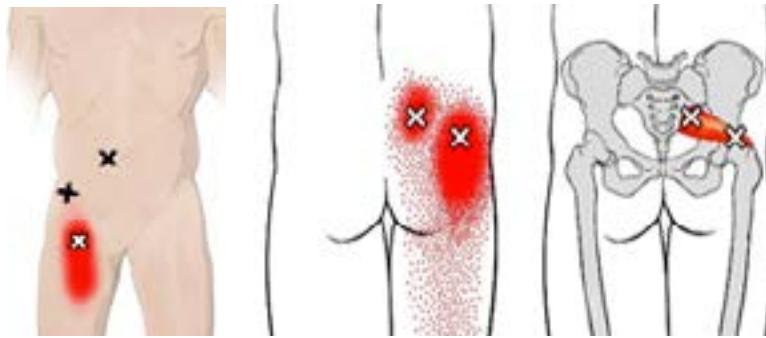


Рисунок 2 – Триггерные точки грушевидной и прямых мышцы

Триггерные точки могут быть активными или латентными.

При сборе анамнеза мы уточняли симптомы, указывающие на миофасциальный синдром тазовой боли: боль в области таза/живота, недержание мочи, никтурия, дизурия, ощущение неполного опорожнения, боль в мочевом пузыре; диспареуния, ощущение полноты в животе или вздутия живота; запоры, спазмы прямой кишки, влагалища, мочевого пузыря; боль в пояснице, внизу живота и в тазобедренном суставе. Необходимо уточнить, какие позы и виды деятельности ухудшают или улучшают симптомы.

Лечение всех пациентов с СХТБ и миофасциальным синдромом в первую очередь заключается в снятии миофасциального синдрома. Все, что продолжает беспокоить пациента после проведенного лечения, нуждается в дополнительных лечебных процедурах, связанных непосредственно с больным органом, явившимся отправной точкой СХБТ, если в этом остается необходимость. Разрушение выявленных триггерных точек производилось на аппарате УВТ VTL 6000 в режиме 5 герц (1 точка на животе в течение 30 с) и 10 герц на крестце, бедре и ягодице при 1,5–2 барах.

У 4 пациентов дополнительно использовался метод сухих игл (в триггерные точки вводится тонкая игла), у 2 пациентов – паравезикальная новокаиновая блокада (0,25% раствор новокаина 100,0). На сегодняшний день все пациенты находятся в ремиссии.

### Заключение

Пациенты с СХТБ требуют комплексной оценки симптомов заболевания и междисциплинарных подходов к лечению. Выявление и лечение миофасциального синдрома значительно улучшает качество лечения и продолжительность ремиссии у этой группы пациентов.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Синдром хронической тазовой боли: рекомендации Европейской ассоциации урологов / M. Fall [et al.] ; пер. Ю. В. Алымов, науч. ред. М. И. Коган. // Европейская ассоциация урологов. – 2011. – 101 с.
2. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли / О. С. Давыдов [и др.] // Российское межрегиональное общество по изучению боли. – 2018. – № 4. – С. 5–41.
3. Шостак, Н. А. Миофасциальный синдром (синдром грушевидной мышцы) – подходы к диагностике, лечению / Н. А. Шостак, Н. Г. Правдюк // Русский медицинский журнал. – 2014. – № 28. – С. 20–22.
4. Тревелл, Дж. Г. Миофасциальные боли и дисфункции: руководство по триггерным точкам : в 2 т. : пер. с англ. / Дж. Г. Тревелл, Д. Г. Симонс. – М. : Медицина, 2005. – Т. 1. – 1192 с.
5. Пилипович, А. А. Миофасциальный синдром: от патогенеза к лечению / А. А. Пилипович // Ремедиум Приволжье. – 2019. – Вып 170, № 1.
6. Grinberg, K. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) / K. Grinberg, Y. Sela, R. Nissanholtz-Gannot // Int J Environ Res Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 9. – P. 3005.
7. Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network / J. Q. Clemens [et. al] // Nat Rev Urol. – 2019. – Vol. 16, № 3. – P. 187–200.