

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ/СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ КАК ПСИХО-СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ЕГО РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Было изучен психоэмоциональный статус и качество жизни 104 пациентов с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли (III категория по классификации NIH). Анкетирование включало: балльную оценку симптомов хронического простатита по шкале NIH-CPSI, оценку уровня реактивной и личностной тревожности (тест Спилбергера), степени депрессивных проявлений (тест Бека), выявление астении (анкета астении MFI-20), регистрацию качества жизни (анкета SF-36). У обследуемых пациентов выявлен высокий уровень тревожности, депрессии и астении, а также значительно сниженные показатели качества жизни. Рандомизацией пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й группе (n=49) проводилась традиционная терапия, во 2-й (n=55) — сочетание противовоспалительной и психотропной терапии, включающей применение антидепрессантов, транквилизаторов, антиастенических препаратов. Анкетирование, проведенное после лечения, показало достоверно более выраженное улучшение профиля болевого синдрома, психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов 2-й группы.

Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) является наиболее распространенной (до 80-90% от всех симптоматических форм) и в то же время наименее изученной категорией ХП.

Несмотря на прогресс, достигнутый за последние годы, медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов развития ХП, особенно СХТБ [1], что препятствует разработке рациональной и адекватной терапии. Лечение остается эмпирическим и малоэффективным. Главными задачами терапии на современном этапе являются коррекция болевого синдрома и повышение качества жизни (КЖ) пациентов.

Наиболее перспективным представляется изучение СХТБ с позиции междисциплинарного подхода, понимания того, что ХП/СХТБ является частной формой тазового болевого синдрома.

Большинство исследователей признают, что хронический болевой синдром у пациентов с СХТБ, в своей патофизиологической основе является многофакторным. В его основе лежат: соматический патологический процесс и/или первичная (вторичная) дисфункция периферической или центральной нервной системы, а также психологические факторы. Формируется порочный круг: хронический стресс вызывает органические изменения в определенных биологических системах, те влияют на психоэмоциональное состояние больного, что в свою очередь поддерживает органофункциональные нарушения [2,3].

Известно, что при СХТБ нередко отмечаются различные психоэмоциональные расстройства [4]. Однако истинный удельный вес психоэмоциональ-

ных нарушений при СХТБ в большинстве случаев недооценивается [5]. В то же время многие исследователи считают психоэмоциональные расстройства специфическими для пациентов с ХП. Согласно полученным данным, депрессия, сексуальные и межличностные проблемы более выражены у пациентов с простатитом III категории, чем у больных с хроническим болевым синдромом другой локализации [6,7].

Психологическое тестирование пациентов показало, что около 3-5% пациентов с СХТБ высказывают суицидальные мысли, 16,8% не желают или не способны принимать правильное решение относительно образа жизни и работы [8], 27% имеют выраженную депрессию и лекарственную зависимость, у 18% отмечаются значительные эмоциональные расстройства в период обострения болевого синдрома [9].

Анализ литературных источников выявил высокую вовлеченность психологических и неврологических (нейромышечных) нарушений при СХТБ, что позволяет предположить их значимую, если не основную роль в патогенезе заболевания (рис. 1). Основанием для подобного заключения являются следующие данные:

- 1) аномальное мочеиспускание у молодых мужчин (как правило, не имеющих органической патологии мочевыводящих путей), приводящее к уретропростатическому рефлюксу [10,11];

- 2) нарушение тонуса тазовой диафрагмы и ее дискоординированная деятельность во время мочеиспускания [12];

- 3) измененная местная болевая чувствительность [13];

- 4) высокий уровень психоэмоциональных расстройств [14,15];

5) минимальные воспалительные изменения в ПЖ (или их отсутствие) в биопсийном материале, не соответствующие выраженности клинических проявлений [16];

6) высокая эффективность антистрессовой терапии без использования средств, точкой приложения которых была бы ПЖ [17].

В руководстве по хронической тазовой боли Европейской ассоциации урологов (2003) признается, что излечение от ХП на сегодняшний день представляется нереальной целью, поэтому симптоматическое лечение является единственным способом улучшения качества жизни.

Множество теорий, пытающихся объяснить феномен тазовой боли, а также неудовлетворенность результатами терапии обуславливает обилие фармакологических препаратов, применяемых в лечении СХТБ в основном с симптоматической целью. Наиболее широко используются лекарственные средства следующих групп: антибактериальные препараты, альфа-адреноблокаторы, мышечные релаксанты, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, антидепрессанты, антиконвульсанты и др. Однако следует отметить, что использование препаратов, влияющих на нервную систему (НС), в первую очередь ориентировано на достижение обезболивающего эффекта, а не на коррекцию психических и эмоциональных расстройств и повышение качества жизни пациентов с СХТБ.

Поэтому актуальной задачей является разработка эффективной лечебной стратегии СХТБ на основе изучения патогенетических механизмов заболевания. Наше представление о патогенезе и роли психоэмоциональных факторов в развитии заболевания позволило предложить дополнительное, патогенетическое обоснование использования психофармакотерапии в лечении пациентов с СХТБ.

Дизайн исследования: открытое сравнительное проспективное исследование.

Цель исследования: оценить эффективность патогенетической психофармакотерапии в коррекции болевого синдрома и психоэмоциональных расстройств, а также КЖ пациентов с СХТБ.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 104 пациента с СХТБ в возрасте от 20 до 59 лет. Средний возраст составил $36,3 \pm 4,2$ года.

Критерии включения: пациенты мужского пола старше 18 лет с СХТБ длительностью не менее 3 месяцев.

Критерии исключения: другие заболевания ПЖ, травмы и операции на наружных половых и органах малого таза, психические и неврологические заболевания в анамнезе, прием препаратов, влияющих на функцию мочеполювой и нервной системы (НС).

После вводного периода, в течение которого проводилось урологическое обследование для определения категории ХП согласно классификации NIH (1995), определялось соответствие больного критериям включения-исключения. При включении в группу исследования выполнялось анкетирование:

1. Бальная оценка симптомов ХП по шкале NIH-CPSI (1999) [18].

2. Выявление психоэмоциональных нарушений:

- уровни реактивной и личностной тревожности (по тесту Спилберга) [19];

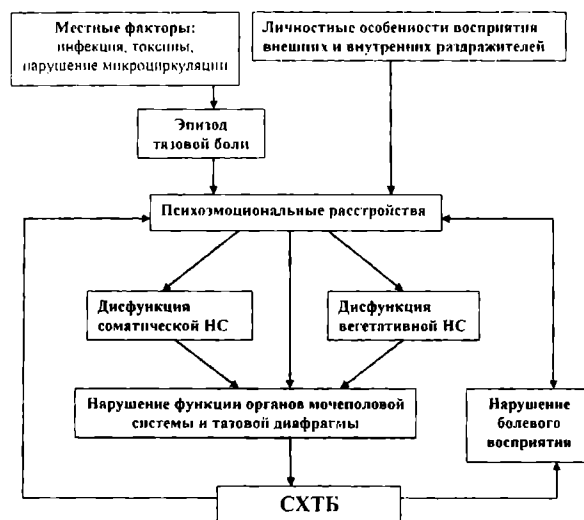


Рис. 1. Роль психоэмоциональных расстройств в патогенезе синдрома хронической тазовой боли

- степень депрессивных проявлений (по тесту Бека) [20];

- уровень астении (по анкете астении MFI-20).

3. Качество жизни по анкете SF-36. [21]. Структура анкеты дает возможность проанализировать 4 компонента физического здоровья: состояние физического здоровья (ФФ), ограничение повседневной деятельности из-за проблем физического здоровья (РФ), влияние боли на ежедневную активность (ФБ), общее восприятие здоровья (ЗЦ) и 4 — психического: энергичность/слабость (ЖЭ), ограничение в социальной активности (СФ), ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем (РЭ), психическое здоровье (ПЗ). Значение по каждой шкале выражается в цифровом интервале от 0 до 100 ед. (100 ед. соответствует наивысшему показателю здоровья).

Рандомизацией пациентов методом случайной выборки было сформировано 2 группы:

- 1-я группа ($n = 49$), пациентам которой проводилась традиционная комплексная терапия СХТБ, включающая антибактериальные препараты в течение 14-28 суток, альфа-адреноблокаторы в течение 1 месяца, массаж ПЖ (10 процедур кратностью 3 раза в неделю), физиотерапевтическое воздействие (магнитолазер на простату). Антибактериальная терапия применялась исходя из признания эффективности ее в лечении СХТБ, несмотря на отсутствие доказательства бактериальной инфекции ПЖ [22]. Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации Урологов (2002), целесообразно назначение 2-недельного пробного курса, который может быть продолжен еще 2 и более недель в случае клинического улучшения.

- 2-я группа ($n = 55$) — пациентам которой помимо традиционного лечения, основываясь на результатах исследования психоэмоционального статуса, назначали психотропные средства: антидепрессанты, транквилизаторы, антиастенические препараты.

Основанием для назначения антидепрессантов являлось наличие депрессивных проявлений в сочетании с хроническим болевым синдромом. Транквилизаторы применялись при выраженных тревожных расстройствах, а также исходя из предположения нарушения тонуса тазовой диафрагмы и функциональных нарушений мочеиспускания за счет гипертонуса мышечных структур нижних

Динамика симптомов по шкале ХП NIH-CPSI (1999) в результате лечения в обеих группах (в баллах)

Таблица 1

Параметры	1-я группа		2-я группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Боль	7,5±1,8	3,1±1,4*	7,2±1,4	1,7±0,6/**
Нарушение мочеиспускания	2,9±1,3	1,0±0,6*	2,6±1,4	1,1±0,7
Влияние симптомов на качество жизни	6,0±1,3	3,6±0,9*	6,3±1,7	3,1±1,0*
Качество жизни	3,8±0,9	2,7±1,2*	3,7±1,1	1,8±0,7/**

* - достоверное отличие ($p<0,05$) в группе до и после лечения;

** - достоверное отличие ($p<0,05$) в обеих группах после проведенного лечения.

Динамика оценки КЖ (по шкале NIH-CPSI) в результате лечения в обеих группах (в %)

Таблица 2

Оценка КЖ	1-я группа		2-я группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Положительная				
• С наслаждением	0	3,7*	0	10,7/**
• С радостью	0	9,4*	0	20,4/**
• Удовлетворительно	19,4	30,6*	21,2	36,1/**
Сомнительная	15,8	26,4	20,3	16,2/**
Отрицательная				
• Неудовлетворительно	33,8	20,3*	26,0	14,1/**
• Удрученно	24,2	7,6*	27,9	1,8/**
• Ужасно	6,8	2,0*	4,6	0,7/**

* - достоверное отличие ($p<0,05$) в группе до и после лечения;

** - достоверное отличие ($p<0,05$) в обеих группах после проведенного лечения.

мочевых путей. Показанием к включению в комплексную терапию антиастенических препаратов явилось: выявление астении хотя бы по одной из пяти шкал, сексуальная дисфункция, сниженный жизненный тонус и самооценка.

Продолжительность лечения в обеих группах составила 1 месяц, после чего было проведено повторное анкетирование.

Проводилась статистическая обработка исследуемых параметров в обеих группах с определением статистической достоверности различий.

Результаты исследования

Средний возраст пациентов 1-й группы составил $34,7 \pm 5,6$ года, 2-й группы — $38,2 \pm 4,9$ года. Исходный средний индекс симптомов ХП по шкале NIH-CPSI у пациентов 1-й группы — $19,5 \pm 5,7$ баллов, 2-й группы — $20,8 \pm 4,3$ балла. Нарушение мочеиспускания различной степени выраженности выявлено у большинства пациентов обеих групп (85,1% и 81,8% соответственно).

Имеющиеся симптомы заболевания, главным образом хроническая тазовая боль, оказывали негативное влияние на повседневную деятельность пациентов с СХТБ — 94,2% мужчин 1-й группы и 92,9% мужчин 2-й группы отметили снижение физической, интеллектуальной и социальной активности из-за симптомов ХП.

Динамика клинических проявлений в результате лечения представлена в таблице 1.

В результате лечения отмечены положительная динамика всех показателей в обеих группах. Статистически значимые различия в результатах лечения между группами выявлены по двум основным параметрам — выраженность болевого синдрома и

КЖ. Противовоспалительная терапия оказалась эффективной, в то же время комбинация с препаратами, воздействующими на НС привела к более выраженной динамике некоторых показателей во 2-й группе.

Учитывая то значение, которое уделялось КЖ обследуемых пациентов обеих групп, этот показатель был проанализирован отдельно (табл. 2). В обеих группах КЖ пациентов было одинаково низким — только каждый пятый оценил его положительно.

В результате проведенного лечения, достоверно более выраженные изменения произошли у мужчин 2-й группы. Сумма положительных оценок в 1-й группе — 43,7%, во 2-й — 66,2%, отрицательных — 29,9% и 16,6% соответственно. Структурный анализ положительных и отрицательных оценок показал их более оптимальное соотношение у пациентов, комплексное лечение которых включало психофармакотерапию.

Оценка уровня тревожности и депрессии не выявила достоверных различий в их исходном уровне между пациентами обеих групп (табл. 3).

Проведенное лечение оказало неоднозначное влияние на исследуемые показатели. В 1-й группе отмечено снижение уровня реактивной тревожности, в то же время не выявлено достоверных различий по уровню депрессии и личностной тревожности. Детальный анализ позволил выявить следующие закономерности:

- у большей части пациентов (57%) с эффективно проведенным лечением (уменьшение выраженности клинических проявлений более чем на 50%) отмечено существенное снижение выраженности психоэмоциональных расстройств, аналогичное показателям во 2-й группе;

Таблица 3

Динамика реактивной тревожности (РТ), личностной тревожности (ЛТ) и депрессии в результате лечения в обеих группах (в баллах)

Показатели	1-я группа		2-я группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Реактивная тревожность	29,9±6,1	25,7±5,6*	30,5±6,3	18,2±7,5*/**
Личностная тревожность	42,2±6,9	39,4±6,7	41,5±6,5	33,2*/**
Депрессия	8,6±2,1	7,8±2,9	9,1±1,8	4,1±2,0*/**

* - достоверное отличие ($p<0,05$) в группе до и после лечения;

** - достоверное отличие ($p<0,05$) в обеих группах после проведенного лечения.

Таблица 4

Распространенность отдельных форм астении до и после лечения в обеих группах (в %)

Показатели	1-я группа		2-я группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общая астения	47,9±5,8	32,7±5,6*	46,3±6,8	34,4±7,5*
Физическая астения	24,3±4,3	17,4±6,7*	25,4±4,6	18,2±5,8*
Пониженная активность	34,0±6,7	22,8±7,9*	34,3±6,3	23,1±7,0*
Снижение мотивации	28,4±4,8	18,3±8,8*	31,4±5,9	17,2±5,7*
Психическая астения	25,2±6,3	17,7±6,2*	24,7±5,1	15,9±6,4*

* - достоверное отличие ($p<0,05$) в группе до и после лечения;

** - достоверное отличие ($p<0,05$) в обеих группах после проведенного лечения.

• у части пациентов (19%) с эффективно проведенным лечением, но исходно высоким уровнем тревожности и/или депрессии, несмотря на значительное уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания, психоэмоциональные расстройства сохранялись на прежнем уровне или даже усиливались. Подобный феномен, на наш взгляд, связан с разочарованием результатами лечения в связи с неполной редукцией болевого синдрома, а также отсутствием необходимой коррекции психоэмоциональных расстройств;

• у пациентов с низкой эффективностью лечения (24%) психоэмоциональные расстройства сохранялись на прежнем уровне или усилились.

Во 2-й группе в результате лечения произошло статистически достоверное улучшение всех исследуемых параметров (более выраженное, чем у пациентов 1-й группы). У 14% пациентов лечение оказалось малоэффективным (уменьшение выраженности клинических проявлений менее чем на 25%), однако тестирование после проведенного лечения не выявило повышения уровня тревожности и депрессии.

Астения выявлена у 63,6% пациентов с СХТБ (среднее значение $50,8\pm12,4$ балла). В 1-й группе частота выявления астении составила 60,7% (среднее значение $53,8\pm12,9$ балла), во 2-й группе — 64,5% (среднее значение $49,7\pm13,6$ балла) (табл. 4). Структурный анализ выявил следующую частоту подвидов астении в обеих группах (по убывающей): общая, пониженная активность, снижение мотивации, физическая и психическая).

Для анализа комплексного показателя КЖ, исследуемого с помощью анкеты качества жизни SF-36, нами выполнено анкетирование здоровых добровольцев (28 человек) того же возраста, что и пациенты обеих групп, составивших контрольную группу (табл. 5). Основным критерий отбора — отсутствие хронического тазового болевого синдрома при удовлетворительном общем самочувствии.

Выделение контрольной группы для оценки результатов тестирования по анкете SF-36 связано с необходимостью интерпретации полученных данных у пациентов с СХТБ, поскольку в доступной отечественной литературе мы не встретили описания подобных исследований.

Исходные данные показателей КЖ 1-й и 2-й группы (до лечения) статистически не отличались друг от друга. Тестирование пациентов показало достоверно более низкий, в сравнении с контролем, уровень самооценки психического компонента здоровья и всех его 4 составляющих: энергичности, социальной активности, ограничения в повседневной активности, вызванной эмоциональными проблемами, психического здоровья в целом. Два из 4 составляющих физического компонента здоровья были значительно ниже ($p<0,05$) в сравнении с контрольной группой: влияние боли на ежедневную активность и оценка общего состояния здоровья.

Анкетирование после проведенного лечения пациентов 1-й группы выявило достоверное улучшение по двум параметрам — ограничение ежедневной активности из-за боли, а также социальной активности. Показатели физического здоровья — физическое функционирование и ограничение повседневной деятельности из-за проблем физического здоровья, не претерпели значительных изменений. Однако исходный их уровень был достаточно высоким и не отличался от значений в контрольной группе. В то же время не претерпела особых изменений оценка общего состояния здоровья, что на наш взгляд, связано с несколькими причинами: во-первых, неполная редукция болевого синдрома, несмотря на проведенное лечение, во-вторых, сохраняющиеся тревожные и депрессивные расстройства, а также астения у значительной части пациентов.

Психический компонент здоровья остался на низком уровне, как и большинство его составляющих (кроме социальной активности). Основная причина —

Показатели КЖ в контрольной, 1-й и 2-й группах, а также их динамика в результате лечения в обеих группах (в баллах)

Таблица 5

Показатели	Контроль	1-я группа		2-я группа	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ФФ	95,5±6,8	92,7±5,8	94,4±6,7	94,9±5,6	94,5±5,8
РФ	90±4,5	84,5±4,3	81,8±4,6	81,1±4,5	94,4±5,1/**
ФБ	97,1±7,4	69,8±6,7	82,8±7,3*	67,2±6,9	83,6±6,3*
ЗЦ	81,9±5,3	57,9±4,8	57,0±4,1	55,9±4,8	68,7±3,9/**
ЖЭ	72,3±7,9	56,1±7,3	62,2±8,2	54,2±6,7	61,8±7,2*
СФ	88,3±7,6	78,8±8,1	87,5±8,4*	76,7±5,3	93,1±5,1*
РЭ	75±6,9	60,2±6,5	62,9±6,3	64,3±6,1	93,9±7,4/**
ПЗ	74,4±7,5	61,5±7,1	64,1±7,9	57,6±7,4	69,8±6,7*
Физический компонент	55,6±6,2	55,7±5,7	57,7±6,4	54,9±5,4	54,8±5,9
Психический компонент	46,8±5,3	40,4±4,9	43,3±5,5	40,1±5,6	50,1±6,5*

* - достоверное отличие ($p < 0,05$) в группе до и после лечения;

** - достоверное отличие ($p < 0,05$) в обеих группах после проведенного лечения.

отсутствие коррекции психоэмоциональных расстройств.

Анкетирование во 2-й группе после лечения показало улучшение 3 из 4 параметров физического компонента здоровья. Все параметры физического здоровья пациентов с СХТБ восстановились до нормальных значений.

Также во 2-й группе отмечено статистически значимое изменение психического компонента здоровья и всех 4 его составляющих.

Сравнение результатов лечения между группами показало, что абсолютное большинство параметров (7 из 8) стало выше во 2-й группе, однако достоверные различия выявлены только по 3 показателям: ограничение повседневной деятельности из-за эмоциональных проблем и проблем физического здоровья, а также общее состояние здоровья.

Обсуждение

Исходная однородность групп по исследуемым показателям, а также молодой возраст пациентов и отсутствие значимых сопутствующих заболеваний позволяет заключить, что определяющими КЖ факторами у пациентов с СХТБ являются хронический болевой синдром и сопутствующие ему психоэмоциональные расстройства.

Повторное тестирование по анкете симптомов ХП (NIH-CPSI) показало более выраженную позитивную динамику показателей, характеризующих болевой синдром и КЖ в группе, комплексная терапия которых включала психотропные препараты. Лучшие результаты лечения пациентов 2-й группы можно объяснить воздействием трициклических антидепрессантов на депрессию и другие психические расстройства, в том числе вызванные болевым синдромом (альгогенный психосиндром), а также обезболивающим эффектом. Весьма вероятно, что антихолинергический эффект антидепрессантов оказался полезным в улучшении мочеиспускания у части пациентов с необструктивным типом нарушений за счет снижения сократительной способности детрузора.

Основное положительное влияние трициклических антидепрессантов определяется:

- выраженным антидепрессивным эффектом,

- антиноцицептивным эффектом, связанным с влиянием на нисходящий механизм торможения болевых импульсов, подавлением обратного захвата норадреналина и серотонина.

Точкой приложения действия трициклических являются 2 основных, взаимно отягощающих друг друга фактора, роль которых в патогенезе хронической тазовой боли признается большинством исследователей — тревожные расстройства и повышенный тонус мышечных структур, влияющих на процесс мочеиспускания. Сочетанный эффект воздействия на психический и соматический компоненты проявлений заболевания позволило добиться большего улучшения показателей у пациентов 2-й группы.

Коррекция психоэмоциональных расстройств у пациентов 2-й группы не только привела к снижению интенсивности боли, но также разомкнула порочный круг, в котором депрессия и тревога во многом определяли чувствительность к болевому раздражителю и приводили к хронизации боли через дисфункцию соматической и вегетативной НС.

Низкий уровень КЖ у большинства пациентов обеих групп позволяет предположить значительное влияние психоэмоционального статуса на формирование ее. На наш взгляд, основными факторами, определяющими КЖ, являются (адаптировано по Сидорову П.И., Парнякову А.В., 2002) [23]:

- боль (уровень ощущений, чувственный уровень) — выраженность болевого синдрома, особенность его восприятия;
- эмоциональный статус — различные виды эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
- интеллектуальный статус (рационально-информационный уровень) — влияющий на переживания, обусловленные представлением о заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;
- волевая составляющая (мотивационный уровень) — отношение больного к своему заболеванию, необходимость изменения поведения и привычного образа жизни, актуализация деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

КЖ — показатель интегральной самооценки физического, психологического, эмоционального и

социального функционирования больного. Вопрос о КЖ, включенный в анкету NIH-CPSI, позволяет определить его уровень в зависимости от выраженности клинических проявлений заболевания, но не дает информации о различных сторонах физического и эмоционального состояния пациентов. Поэтому пациентам с СХТБ также был проведен многофункциональный анализ КЖ с помощью анкеты SF-36, а результаты тестирования использовались для разработки рациональной лечебной концепции.

Высокие показатели реактивной и личностной тревожности и депрессии у мужчин с СХТБ в обеих группах позволяют предположить роль личностных особенностей, отражающей предрасположенность к тревоге, а также к стрессовому реагированию на широкий спектр жизненных ситуаций, и, в частности, на хронический болевой синдром.

Пациенты с повышенным уровнем тревожности и депрессии обладают меньшей стрессоустойчивостью и склонностью к хронизации боли, и, соответственно, большей вероятностью формирования порочного круга, в котором психоэмоциональные расстройства и хроническая боль поддерживают, и индуцируют друг друга.

В результате лечения уменьшение астенических проявлений произошло в равной степени в обеих группах, несмотря на то, что во 2-й группе в комплексной терапии использовались антиастенические препараты. Однако анализ данной ситуации должен проводиться в контексте многофакторной оценки эффективности лечения.

В 1-й группе результаты противовоспалительной терапии определяли степень антиастенического эффекта. Во 2-й группе дополнительным фактором являлись лекарственные средства, воздействующие на НС — антидепрессанты и транквилизаторы, среди нежелательных эффектов которых — заторможенность, слабость, сонливость. Эти препараты в значительной степени должны были бы усугублять имеющуюся астению или приводить к ее появлению. Однако терапия, проводимая пациентам 2-й группы, не только не усилила выраженность астении, но уменьшила ее в равной с 1-й группой степени. В то же время психофармакотерапия привела к более значимому снижению боли, тревоги и депрессии, повышению КЖ.

Таким образом, польза от психофармакотерапии превысила риск развития нежелательных эффектов от ее проведения.

Высокая частота астении, ее влияние на КЖ и течение основного заболевания, взаимосвязь с тревожными и депрессивными расстройствами позволяют заключить, что в план диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с СХТБ необходимо включать выявление и коррекцию астении. Лечение астенического синдрома нужно рассматривать как необходимую профилактическую меру, как неотъемлемую часть активной комплексной терапии заболевания, как важное направление восстановительного лечения.

Многофакторная оценка КЖ (по анкете SF-36) в обеих группах выявила выраженное отрицательное влияние хронического болевого синдрома практически на все стороны жизнедеятельности пациентов с СХТБ. Хроническая боль ограничивала повседневную деятельность, оказывала влияние на ежедневную физическую активность, а также общую оценку собственного здоровья.

Анализ анкет КЖ в обеих группах показал, что определяющим фактором является психоэмоцио-

нальное состояние пациентов. Низкий уровень жизненной энергии, апатия, потеря интереса к жизни и, как следствие, ограничение уровня общения и социальных контактов, ежедневные проблемы из-за эмоциональных проблем являются проявлениями нарушения психического здоровья. Ухудшение некоторых составляющих физического компонента здоровья является лишь следствием глубоких изменений в психоэмоциональной сфере, вызванной хроническим болевым синдромом.

Заключение

СХТБ является доминирующей формой ХП — заболевания, широко распространенного среди молодых мужчин наиболее социально и репродуктивно активного возраста. Хронический тазовый болевой синдром — частная форма хронической боли, с присущими характерными этому состоянию чертами — вовлеченностью психоэмоциональных факторов, взаимно усугубляющих и поддерживающих друг друга, а также значительно более низким, чем среднепопуляционный, уровнем КЖ. Неудовлетворительные результаты традиционной терапии обосновывают необходимость разработки новых подходов в лечении СХТБ, в том числе на основе изучения психоэмоционального статуса пациентов и многофакторного анализа КЖ. Современная лечебная стратегия должна быть основана не только на частном урологическом восприятии проблемы, но и на междисциплинарном подходе к коррекции хронического болевого синдрома, с обязательным учетом психоэмоционального статуса пациента.

Патогенетически обоснованное применение психотропной терапии в комплексном лечении пациентов с СХТБ позволяет добиться значительного улучшения КЖ за счет эффективной коррекции болевого синдрома, тревожных, депрессивных расстройств и астении.

Библиографический список

1. Nickel J. C. AUA Annual Meeting. — May. — 2000. — Faculty. — P. 738.
2. Addison R.G. Chronic pain syndrome. // *Am. J. Med.* — 1984. — Vol. 10. — P. 54-58.; Berghuis J.P., Heiman J.R., Rothman I., Berger R.E. Psychological and physical factors involved in chronic prostatitis. // *J. Psychosom. Res.* — 1996. — Vol. 41. — P. 313-325.
3. Keltikangas-Jarvinen L., Jarvinen H., Lehtonen T. Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis. // *Ann. Clin. Res.* — 1981. — Vol. 13. — P. 45-49.
4. Tripp D.A., Curtis Nickel J., Landis J.R., Wang Y.L., Knauss J.S. Predictors of quality of life and pain in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: findings from the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. // *B.J.U. Int.* — 2004. — Vol. 94(9). — P. 1279-1282.
5. Бойко Н.И. Образ пациента с хроническим простатитом. В кн. под ред. П.А. Щеплева Простатит. // М.: Медпрактика-М — 2005. — С. 94.
6. Hochreiter W.W., Hruz P., Danuser H., Weidner W., Studer U.E. Evaluation of symptoms in men with chronic pelvic pain. // *Urologe A.* — 2003. — Vol. 42(1). — P. 38-40.
7. Muller A., Mulhall J.P. Sexual dysfunction in the patient with prostatitis. // *Curr. Opin. Urol.* — 2005. — Vol. 15(6). — P. 4-9.
8. Alexander RB, Trissel D. Chronic prostatitis: results of an Internet survey. // *Urology* — 1996. — Vol. 48. — P. 568-574.; Mehik A., Hellstrom P., Sarpola A., Lukkariinen O., Jarvelin M.-R. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland. // *Br. J. Urol.* — 2001. — Vol. 88. — P. 35-38.
9. Schlover L.R. Psychological factors in men with genital pain. *Cleve. // Clin. J. Med.* — 1990. — Vol. 57. — P. 697-700.

10. Barbalias G.A., Meares E.M. Jr., Sant G.R. Prostatodynia: clinical and urodynamic characteristics. // J. Urol. — 1983. — Vol. 130. — P. 514-517.

11. Kirby R.S., Lowe D., Bultitude M.I., Shuttleworth K.E.D. Intraprostatic urinary reflux: an aetiological factor in abacterial prostatitis. // Br. J. Urol. — 1982. — Vol. 121. — P. 729.

12. Osborn D.E., George N.J.R., Rao P.N. et al. Prostatodynia: physiologic characteristics and rational management with muscle relaxants. // Br. J. Urol. — 1981. — Vol. 53. — P. 621.

13. Кузьмичев А.Г. Неврологические аспекты хронического неинфекционного простатита. // Авто-реф. дисс. канд. мед. наук. — Москва, 2005. — 21 с.

14. Щеплев П.А., Кузнецкий Ю.Я. Коррекция астении у больных хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли // Андрология и генитальная хирургия. — 2003. №3-4. — С. 68-73.

15. Гаврилов В.Е. Синдром невоспалительной хронической тазовой боли у мужчин — особенности клиники, диагностика и лечение. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Москва, 2005. — 21 с.

16. Egan K.J., Krieger J.N. Chronic abacterial prostatitis - a urological chronic pain syndrome? // Pain - 1997. - Vol. 69. — P. 213-218.

17. Miller H.C. Stress prostatitis. // Urology — 1988. — Vol. 32. — P. 507-510.

18. Litwin M., McNaughton Collins M., Fowler Jr. F. et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-

CPSI): Development and validation of a new outcome measure. // J. Urol. — 1999. — Vol. 162. — P. 369-375.

19. Ханин Ю.А. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. — Л. — 1976. — 40 с.

20. Beck A.T., Ward C.M., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression. // Arch. Gen. Psychiat. — 1961. - Vol. 5. — P. 561-571.

21. Ware J.E., Snow K.K. et al. SF-36 health survey: Manual and Interpretation guide. MA: Boston, 1993. Ware J.E. The status of health assessment 1994. // Public Health - 1995. - Vol. 16. - P. 327-354.

22. Schaeffer A.J., Weidner W., Barbalias G.A., Boffo H. et al. Summary Consensus Statement: Diagnosis and Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. — 2002. - Eur. Urol. Suppl. (2). — P. 1-4.

23. Сидоров И.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. — 2-е изд., дополн. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 864 с.

КУЗНЕЦКИЙ Юрий Яковлевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии и андрологии Московского стоматологического института

Дата поступления статьи в редакцию: 13.08.06 г.
© Кузнецкий Ю. Я.

УДК 611.617+611.146.2

**К. К. ГУБАРЕВ
В. В. МУСОХРАНОВ
М. В. БОРИСЕНКО**

Омская государственная медицинская
академия,
МУЗ ОГКБ № 1 им. Кабанова

ВЕНОЗНЫЕ СПЛЕТЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Статья посвящена одной из серьезных проблем на сегодняшний день — урологическим осложнениям, возникающим после трансплантации почки.

Урологические осложнения, возникающие после трансплантации почки, остаются на сегодняшний день одной из ведущих и серьезных проблем, приводящих к ухудшению функции трансплантата как в ближайшем, так и в отдаленном периоде после операций (В.И. Шумаков, 1983 г.; О.С. Белорусов, 1992 г.; D.A. Shoskes, 1995 г.). Уровень урологических осложнений достигает 30%. (Н.А. Лопаткин и соавт., 1980 г.; В.И. Шумаков, 1983 г.; П.Я. Филиппев, 1990 г.; D.A. Shoskes и соавт., 1995 г.; R.G. Bosma и соавт.,

1996 г.; J. Cimic и соавт., 1997 г.) с летальным исходом в 15 — 50% случаев (Н.У. Fjelborg и соавт., 1972 г.). Кроме высокого уровня летальности, потеря трансплантата при таких осложнениях достигает 25% (S. Serl и соавт., 1985 г.).

К числу особо опасных урологических осложнений относятся:

- некроз мочеточника или несостоятельность анастомоза мочевых путей (уретеродистоанастомоз, уретероуретероанастомоз, пиелоуретероанастомоз,