

УДК 616.833:616.65-002-007.61

*В. С. Мякотных, В. В. Третьяков,
А. А. Бальберт, Т. А. Боровкова*

ТАЗОВЫЕ И ПОЯСНИЧНЫЕ БОЛИ У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

*V. S. Myakotnykh, V. V. Tretyakov,
A. A. Balbert, T. A. Borovkova*

PELVIC AND BACK PAIN IN MEN OF DIFFERENT AGES SUFFERING FROM DISORDERS OF URINATION AND ERECTILE FUNCTION

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

Резюме. *Цель исследования* — определение патогенетического и клинического значения тазовых и поясничных болей в формировании расстройств мочеиспускания и эректильной функции у мужчин разного возраста и разработка на этой основе комплексных диагностических и лечебных рекомендаций. *Материалы и методы исследования.* Наблюдались 2 группы мужчин разного возраста, страдавших расстройствами мочеиспускания, эректильной функции и болями в тазовой и поясничной области. Представители 1-й группы (n=50) — лица молодого и среднего возраста от 24 до 50 лет ($m=42,37 \pm 1,24$), 2-й (n=56) — лица пожилого и старческого возраста от 60 до 78 лет ($m=69,17 \pm 1,42$). Исследования включали методы компьютерной и магниторезонансной томографии позвоночника, органов малого таза, почек, ультразвуковые исследования почек, мочевого пузыря, простаты, урофлоуметрию, электромиографию. В процессе лечения активно использовалась ботулинотерапия. *Результаты исследования.* Показано, что обструктивные расстройства мочеиспускания и снижение сократительной способности детрузора более характерны для пожилого возраста, а ирритативные нарушения — для молодого и среднего. Продолжительный спазм мышц поясничной, тазовой, бедренной и паховой области играет значительную роль в генезе нарушений мочеиспускания, эректильной дисфункции и тазовых болей. Этим объясняется высокая результативность мануальной терапии и ботулинотерапии. *Выводы.* Несмотря на выявленные возрастные различия в клинике и патогенезе расстройств мочеиспускания и эректильной функции, целесообразно привлечение к диагностике и лечению специалистов-неврологов и мануальных терапевтов при широком использовании ботулинотерапии, показавшей высокую эффективность и безопасность.

Ключевые слова: расстройства мочеиспускания, эректильная дисфункция, мышечно-тонический синдром, ботулинотерапия

Abstract. *The aim of the study* was to determine the pathogenetic and clinical significance of pelvic and lumbar pain in the formation of urinary disorders and erectile function in men of different ages and development on this basis, comprehensive diagnostic and therapeutic recommendations. *Materials and methods.* There were 2 groups of men of different ages suffering from disorders of micturition, erectile function and pain in the pelvic and lumbar region. The representatives of the 1-st group (n=50) — persons young and middle age from 24 to 50 years ($m=42,37 \pm 1,24$), 2-nd (n=56) — persons of elderly and senile age from 60 to 78 years ($m=69,17 \pm 1,42$). Studies included methods of computer and magnetic resonance tomography of the spine, pelvic, kidneys, ultrasound examination of the kidneys, bladder, prostate, uroflowmetry, electromyography. In the process of treatment is widely used botuline-toxin therapy. *The results of the study.* It is shown that obstructive urination disorders and reduced contractility of the detrusor is more characteristic for elderly and irritative disorders — for young and middle. Prolonged muscle spasm of the lumbar, pelvic, femoral and inguinal region plays a significant role in the genesis of urinary symptoms, erectile dysfunction and pelvic pain. This explains the high effectiveness of manual therapy and botuline-toxin therapy. *Conclusions.* Despite the age differences in the clinic and the pathogenesis of disorders of urination and erectile function, appropriate involvement in the diagnosis and treatment of neurologists and manual therapists with the wide use of botuline-toxin therapy showed high efficacy and safety.

Keywords: urination disorders, erectile dysfunction, musculo-tonic syndrome, botuline-toxin therapy

Конфликт интересов отсутствует.

There is no conflict of interest.

Контактная информация автора, ответственного за переписку:

Мякотных Виктор Степанович
vmaykotnykh@yandex.ru

Contact information of the author responsible for correspondence:

Viktor S. Myakotnykh
vmaykotnykh@yandex.ru

Дата поступления 02.03.2017

Received 02.03.2017

Образец для цитирования:

Мякотных В.С., Третьяков В.В., Бальберт А.А., Боровкова Т.А. Тазовые и поясничные боли у мужчин разного возраста, страдающих расстройствами мочеиспускания и эректильной функции. Вестник уральской медицинской академической науки. 2017, Том 14, №1, с. 19–26, DOI: 10.22138/2500-0918-2017-14-1-19-26

For citation:

Myakotnykh V.S., Tretyakov V.V., Balbert A.A., Borovkova T.A. Pelvic and back pain in men of different ages suffering from disorders of urination and erectile function. Vestn. Ural. Med. Akad. Nauki. Journal of Ural Medical Academic Science. 2017, Vol. 14, no. 1, pp. 19–26. DOI: 10.22138/2500-0918-2017-14-1-19-26 [In Russ.]

В структуре урологической патологии у мужчин пожилого и старческого возраста симптомы со стороны нижних мочевых путей занимают ведущее место [1, 2]. Основные причины, приводящие к нарушению мочеиспускания, связываются, как правило, с заболеваниями предстательной железы, такими как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), хронический простатит, рак простаты. Присутствуют также причины, не связанные с первичным поражением предстательной железы. Это инфекции мочеполовых путей, интерстициальный цистит, камни, опухоли, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры и некоторые другие. В последние годы всё чаще специалисты, занимающиеся лечением расстройств мочеиспускания, говорят о нейрогенной их природе при целом ряде неврологических патологических процессов. Это могут быть болезни Паркинсона, Альцгеймера, рассеянный склероз, последствия церебральных и спинальных инсультов, травмы спинного мозга, патология позвоночника и т.д. Особого внимания заслуживают различного рода мышечно-тонические, миофасциальные синдромы, являющиеся чаще всего осложнением патологических процессов, поражающих структуры позвоночника. Такие мышечно-тонические синдромы клинически проявляются болями различной локализации и выраженности. Нередко наблюдается «глубинная», ноющая или распирающая боль в области крестца, копчика, в аногенитальной зоне, усиливающаяся в положении сидя, при половом акте, дефекации, переохлаждении, перемене погоды. Болевые ощущения в области промежности встречаются у большинства пациентов, по литературным данным у 89% [3]. Они могут сопровождаться нарушениями двигательных и чувствительных функций, как правило, промежностных структур. Отмечаются расстройства в мочеиспускательной и половой сфере в виде нарушений мочеиспускания и эректильной дисфункции [4]. Это свидетельствует о том, что в патологический процесс вовлекаются мышцы тазового дна: поднимающая задний проход, сфинктер уретры и прямой кишки, копчиковая, седалищно-пещеристая, луковично-губчатая,

внутренняя запирательная, грушевидная. В пожилом возрасте чаще отмечаются хронические, вялотекущие боли, а в молодом - более яркие, острые. В урологии в классификации хронического простатита, предложенной в 1995 году Национальным институтом здоровья США, отдельным разделом представлен синдром хронической тазовой боли [5, 6]. Тем не менее, многие специалисты считают, что хронический простатит и синдром хронической тазовой боли больше не следует рассматривать как единый патологический процесс, связанный только с предстательной железой [7]. Указанный болевой синдром может быть вызван также заболеваниями мочевого пузыря, прямой кишки, нервно-мышечных структур тазового дна, дисфункциональным мочеиспусканием, наличием очага патологической фиксации боли в центральной нервной системе, а возможно, даже дислипидемией [6]. В ряде работ прямо утверждается, что в патогенезе синдрома хронической тазовой боли ведущую роль играют миофасциальные, мышечно-тонические синдромы с вовлечением мышц тазового дна и сопутствующая им нейропатия полового нерва [8, 9]. При этом важнейшей задачей диагностики является исключение причин тазовой боли «не простатического» генеза [10], что требует хороших знаний как в области урологии, так и неврологии. Похожие проблемы возникают при реабилитации пациентов, страдающих тазовыми расстройствами после перенесенных неврологических заболеваний и травм как центральной, так и периферической нервной системы. Сложности связаны также с тем, что нет единых общепризнанных рекомендаций для практикующих врачей. В итоге пациенты иногда годами получают неадекватное лечение. Это приводит к хронизации патологических процессов, которыми обусловлены спастические проявления со стороны многих мышц.

Учитывая часто встречающуюся в любом возрасте патологию позвоночника, мы решили обратить внимание на связанные с ней мышечно-тонические синдромы, которые могут способствовать формированию тазовых нарушений, но оставаться при этом не диагностированными. Возможно, например, ущемление

бедренно-полового нерва уплотненным пучком волокон большой поясничной мышцы. В указанной мышце присутствует триггерная точка, воздействие на которую может вызвать боль и парестезии в паху, мошонке или половых губах, а также в проксимальных отделах передней и внутренней поверхности бедра [11]. Достаточно часто выявляются анатомические варианты прохождения нервов поясничного сплетения и их ветвей непосредственно через брюшко поясничной мышцы, что может вызвать их компрессию при длительном тоническом напряжении этой мышцы и этим спровоцировать боль в тазовой области [12]. Способы лечения хронических тазовых болей мышечно-фасциального генеза рассматривалось в обзоре литературы, опубликованном в 2012 году российскими авторами [13]. Интересен тот факт, что во всех клинических примерах, представленных в публикации, лечение включало инъекции ботулотоксина типа А в мышцы, вызывающие компрессию ряда нервов. На наш взгляд, знание наиболее отчетливых клинических особенностей мышечно-тонических и урологических синдромов у представителей разных возрастных категорий могло бы помочь как в проведении методов адекватной диагностики, так и результативного лечения.

Цель исследования — определение патогенетического и клинического значения тазовых и поясничных болей в формировании расстройств мочеиспускания и эректильной функции у мужчин разного возраста и разработка на этой основе комплексных диагностических и лечебных рекомендаций.

Материал и методы исследования

Наблюдались 106 пациентов — мужчин разного возраста, предъявлявших жалобы на боли в области таза, нижней части живота, поясничной области, промежности, задней и внутренней поверхности бедра. Кроме того, эти пациенты страдали расстройствами мочеиспускания ($n=87$) и/или эректильной функции ($n=71$), в связи с чем им было проведено комплексное обследование с участием невролога, уролога и мануального терапевта. Методом случайной выборки, с учетом возраста пациентов на момент обращения за медицинской помощью были определены 2 сравниваемые группы: 1-я ($n=50$) — лица молодого и среднего возраста от 24 до 50 лет ($m=42,37 \pm 1,24$), 2-я ($n=56$) — лица пожилого и старческого возраста от 60 до 78 лет ($m=69,17 \pm 1,42$). Пациенты обеих групп были полностью сопоставимы по длительности присутствия расстройств мочеиспускания, эректильной функции и болевых ощущений в области таза, промежности и нижней части живота — от 1 года до 5 лет ($m=3,95 \pm 0,09$ лет в 1-й группе, и $m=3,97 \pm 0,1$ лет — во 2-й группе). Боли в области поясницы и бедра во всех случаях периодически имели место еще ранее, до появления первых урологических, андрологических симптомов, хотя по этому поводу обращались за медицинской помощью только 32 (30,19%) пациентов, в основном ($n=25$; 78,12%) — представи-

телей пожилого и старческого возраста. Им были выставлены диагнозы остеохондроза, спондилоартроза, последствий травматических повреждений позвоночника и нижних конечностей и проводилось соответствующее лечение, в основном назначенное врачом-неврологом, при разной степени эффективности.

При первичном обследовании у врача-уролога всем пациентам были выставлены диагнозы либо хронического простатита ($n=41$), либо ДГПЖ ($n=10$), либо их сочетаний ($n=55$). При этом у представителей молодого и среднего возраста (1-я группа) чаще диагностировалась воспалительная патология предстательной железы ($n=34$; 68%), среди пожилых (2-я группа) — ДГПЖ ($n=53$; 94,64%). При неврологическом обследовании во всех случаях диагностировались мышечно-тонические, миофасциальные синдромы с вовлечением мышц поясничной, тазовой области и бедра. Всего у 6 (5,66%) пациентов определялись, кроме того, умеренно выраженные корешковые синдромы. В процессе проведения дальнейших междисциплинарных обследований и лечения указанные диагнозы пересматривались, уточнялись и дополнялись.

При обследовании пациентов оценивались характеристики болевых синдромов (локализация, степень выраженности, продолжительность, хронизация), двигательных расстройств (степень ограничения двигательных функций поясничного отдела позвоночника и нижних конечностей), расстройств мочеиспускания, эректильной функции. В комплексе клинических, инструментальных и лабораторных исследований применялись методы компьютерной и магниторезонансной томографии (соответственно КТ и МРТ) различных отделов позвоночника, органов малого таза, почек, ультразвуковые исследования (УЗИ) почек, мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, трансректальное УЗИ простаты, электромиографические (ЭМГ) исследования. Урологические исследования включали также уретроцистоскопию, уродинамическое исследование, урофлоуметрию, заполнение опросников международной системы суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (I-PSS) [14], международного индекса эректильной дисфункции (МИЭФ-5), дневника мочеиспускания.

В процессе лечения использовались физиотерапевтические методы, лекарственные препараты противовоспалительного, противовоспалительного и антиспастического действия, методы мануальной терапии, медикаментозные блокады большой поясничной или грушевидной мышцы с использованием ботулотоксина типа А. Для определения мышцы — мишени для инъекции ботулотоксина А применялся неврологический осмотр и КТ и/или МРТ. При ведущих жалобах на боль в области промежности, поясницы, по внутренней и задней поверхности бедра, при положительных симптомах Бонне-Бобровниковой (снижение амплитуды движения в тазобедренном суставе и болезненность при пассивном приведении бедра с одновременной ротацией его внутрь) и Виленкина (боль по задней поверхности бедра и голени, вызываемая пер-

куссией в области ягодицы в проекции грушевидной мышцы) инъекция ботулотоксина типа А проводилась в грушевидную мышцу на стороне болевого синдрома. Происходящее после инъекции расслабление грушевидной мышцы приводило к ликвидации компрессии полового и седалищного нервов, анатомически проходящих по соседству с данной мышцей, в подгрушевидном пространстве, и это способствовало прекращению болевых ощущений. В случае же жалоб только на боли в промежности или на сочетание их с болями в подвздошных областях инъекции ботулотоксина типа А осуществлялись в большую поясничную мышцу. В результате ликвидировалась компрессия нервов поясничного сплетения, в частности бедренно-полового, подвздошно-полового и подвздошно-подчревного, и боли, вызванные данной компрессией, также прекращались. Наведение инъекционной иглы с помощью КТ и МРТ обеспечивало полную визуализацию той или иной мышцы и стопроцентное попадание в нее ботулотоксина типа А. Ряду пациентов по показаниям и также под контролем МРТ осуществлялось введение ботулотоксина типа А в поперечно-полосатый сфинктер уретры через промежность.

При отсутствии отчетливого эффекта от проводимой терапии у 6 (12%) представителей 1-й группы с диагностированной ДГПЖ и выраженными обструктивными симптомами было произведено хирургическое вмешательство, а именно трансуретральная резекция предстательной железы. Во 2-й группе также было прооперировано 29 (51,79%) пациентов с ДГПЖ и выраженными обструктивными симптомами.

Статистическая обработка материала проведена с помощью пакетов прикладных программ «Statistica 6», значимость различий в группах вычислялась при помощи критерия Фишера (F), связь между признаками — с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r). В ряде случаев для вычисления статистической значимости полученных результатов использовались критерии Стьюдента. Вероятность различий между группами считалась достоверной при значениях $p < 0,05$. У всех пациентов получено информированное согласие на проведение необходимых исследований.

Результаты и их обсуждение

У 34 (68%) представителей 1-й группы при их первичном обследовании отмечались нарушения мочеиспускания: обструктивные нарушения у 10 (29,41%) из них, ирритативные у 12 (35,29%), смешанные у 12 (35,29%). Суммарный показатель шкалы I-PSS составил $18,63 \pm 0,38$ баллов, индекс оценки качества жизни (QOL) урологических больных, свидетельствующий об отношении пациента к предполагаемой возможности жить с имеющимися проблемами мочеиспускания до конца его жизни — $4,4 \pm 0,1$ баллов. У 28 (56%) пациентов имели место проявления эректильной дисфункции, и средний суммарный показатель шкалы МИЭФ-5 составил у них $12,02 \pm 0,4$ балла. У 22 (44%) пациентов отмечались тазовые боли, сопровождавшиеся проявлениями цисталгии, орхалгии

и нарушениями чувствительности в области наружных половых органов.

Среди представителей 2-й группы нарушения мочеиспускания имели место у 53 (94,64%) пациентов, обструктивные нарушения — у 28 (52,83%) из них, ирритативные — у 7 (12,5%), смешанные — у 21 (37,5%). Средний суммарный показатель шкалы I-PSS составил $21,52 \pm 0,32$ баллов, индекс оценки качества жизни (QOL) $5,2 \pm 0,2$ баллов. У 43 (76,79%) пациентов отмечены проявления эректильной дисфункции при среднем суммарном показателе шкалы МИЭФ-5, равном $11,4 \pm 0,37$ баллов. На хронические тазовые боли с явлениями цисталгии и орхалгии жаловались 18 (32,14%) пациентов. На рис. 1 представлены данные о различных тазовых расстройствах, имевших место у пациентов двух сравниваемых групп.



Рис. 1. Тазовые расстройства у представителей разного возраста

Fig. 1. Pelvic disorders among representatives of different age

Представленные данные свидетельствуют о том, что расстройства мочеиспускания и эректильной функции чаще имели место среди представителей пожилого и старческого возраста, чем у более молодых мужчин. Но при этом у лиц молодого и среднего возраста значительно чаще ($p < 0,05$) определялись нарушения мочеиспускания ирритативного типа, тогда как среди пожилых преобладали обструктивные расстройства.

После проведения хирургического лечения по поводу ДГПЖ у 3 (50%) из 6 представителей 1-й группы не получено положительной динамики, в том числе по результатам урофлоуметрии. Такая же ситуация отмечена у 7 (24,14%) из 29 пациентов 2-й группы. Полученные результаты заставили предположить, что причины нарушений мочеиспускания у 10 (28,57%) из 35 прооперированных пациентов были связаны не только и не столько с ДГПЖ, сколько с иными причинными факторами, и это было особенно заметным среди лиц молодого и среднего возраста.

Таким образом, после проведенного хирургического лечения у 35 (40, 23%) из 87 пациентов, страдавших расстройствами мочеиспускания, позитивный

эффект отмечен у 25 (71, 43%) прооперированных. Оставшиеся 62 пациента, как из числа прооперированных лиц, так и не прооперированных, продолжали страдать нарушениями мочеиспускания. Эти пациенты совершенно равномерно распределились по выделенным группам наблюдений: 31 — молодого и среднего возраста; 31 — пожилого и старческого возраста. При их дополнительном обследовании выявлены расстройства сократительной способности ряда мышечных образований, принимающих участие в акте мочеиспускания. Полученные сравнительные результаты представлены на рис. 2.

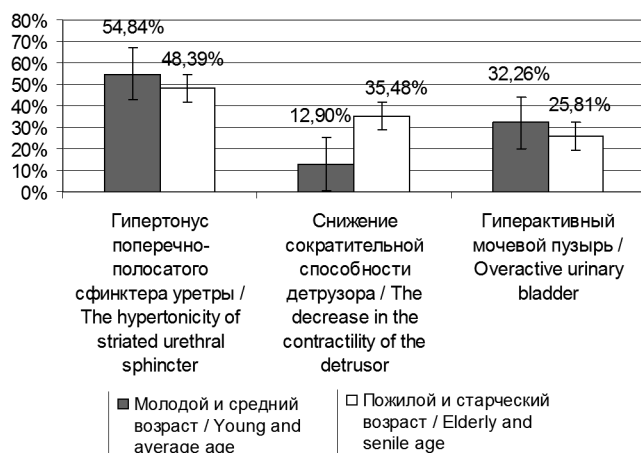


Рис. 2. Расстройства сократительной способности мышц, участвующих в акте мочеиспускания, у представителей разного возраста

Fig. 2. Disorders of the contractile ability of the muscles involved in the act of urination, among representatives of different age

Из представленных данных очевидно, что разного рода нарушения сократительной способности мышц, принимающих непосредственное участие в акте мочеиспускания, выявлялись довольно часто, и именно такого рода мышечные расстройства можно рассматривать в качестве одной из причин имевшихся расстройств мочеиспускания. При этом среди лиц с негативными результатами хирургического вмешательства ($n=10$) признаки гипертонуса поперечно-полосатого сфинктера уретры выявлены у 6 (60%), снижение сократительной активности детрузора — у 4 (40%). Среди неоперированных пациентов ($n=52$) подобного рода мышечные расстройства определялись соответственно в 26 (50%) и 11 (21,15%) наблюдениях. Синдром гиперактивного мочевого пузыря диагностировался только у неоперированных лиц ($n=18$; 34,62%), несколько чаще — среди представителей 1-й группы наблюдений, т. е. среди лиц молодого и среднего возраста. Но наиболее отчетливо различалась по отношению к возрасту наблюдавшихся пациентов частота снижения сократительной способности детрузора. Данный синдром у лиц пожилого и старческого возраста выявлялся в 2,75 раз чаще ($p<0,01$), чем у представителей молодого и среднего возраста. Довольно сложно было связать этот факт

с нарастающей с возрастом общей мышечной слабостью, т.к. разница в частоте выявления, например, гипертонуса поперечно-полосатого сфинктера уретры оказалась минимальной, хотя этот феномен отмечался среди представителей молодого и среднего возраста несколько чаще ($p>0,05$), чем у пожилых. В связи с этим привлекали внимание тазовые и поясничные боли, наблюдавшиеся у всех пациентов, страдавших описанными мышечными расстройствами. Именно присутствие мышечно-тонических синдромов в качестве причины хронических болей в одной группе мышц могло рефлекторно приводить к хронической же слабости другой группы мышц, в наших случаях — детрузора. Данное предположение подтверждалось результатами лечения пациентов с описанными мышечными расстройствами с использованием ботулинотерапии. Ведение ботулотоксина типа А в дозе 100 ед. производилось в поперечно-полосатый сфинктер уретры. Инъекции выполнялись через промежность под контролем МРТ, что позволяло точно контролировать нацеливание кончика иглы в нужную мышцу. Данный вид лечения использовался в комбинации с мануальной терапией и физиотерапевтическими методами воздействия. У всех пациентов получен положительный результат, в том числе и в плане увеличения сократительной способности детрузора. При гиперактивности мочевого пузыря использовалась мануальная терапия и физиотерапевтическое воздействие, но не применялась ботулинотерапия. После проведенных вариантов лечения суммарный показатель шкалы I-PSS у представителей 1-й группы наблюдений снизился с $18,63\pm 0,38$ до $8,1\pm 0,4$ баллов ($p<0,05$), индекс оценки качества жизни (QOL) — с $4,4\pm 0,1$ до $2,1\pm 0,05$ баллов ($p<0,05$). У представителей 2-й группы также произошло отчетливое снижение указанных показателей: I-PSS — с $21,54\pm 0,33$ до $11,3\pm 0,3$ баллов ($p<0,05$), QOL — с $5,1\pm 0,2$ до $2,5\pm 0,1$ баллов ($p<0,05$). Ни в одном случае не отмечено каких-либо неблагоприятных побочных эффектов проводимой терапии. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой результативности и безопасности используемого лечения вне зависимости от возраста пациентов.

Пациенты, страдавшие эректильной дисфункцией ($n=71$), среди причин своих сексуальных неудач называли беспокоящие их болевые ощущения в поясничной и тазовой области. Тем не менее, изначально всем назначались ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа. Хороший эффект от применения указанных препаратов отметили 16 (57,14%) из 28 представителей 1-й группы и 13 (30,23%) из 43 — 2-й. Удовлетворительные результаты имели место у 5 (17,86%) представителей 1-й группы и у 8 (18,60%) — 2-й. Полученная не слишком высокая результативность применения указанных лекарственных препаратов, в особенности среди пожилых, а также присутствие у всех пациентов жалоб на периодические болевые ощущения в поясничной, тазовой области, по задней и внутренней поверхности бедра, заставили прибегнуть к подробному обследованию у невролога и мануально-

го терапевта. В процессе обследования у всех пациентов выявлены мышечно-тонические синдромы с заинтересованностью большой поясничной мышцы, связанные с патологическими изменениями поясничного отдела позвоночника, подтвержденными результатами КТ, МРТ. В связи с этим дополнительно к использованию ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа пациентам, страдавшим эректильной дисфункцией, были проведены курсы мануальной терапии, физиотерапии в сочетании с инъекциями ботулотоксина типа А в большую поясничную мышцу с двух сторон — по 75 ед. в каждую мышцу. В итоге хороший эффект проведенной комплексной терапии отметили 26 (92,86%) представителей 1-й группы наблюдений и 36 (83,72%) — 2-й. Показатели шкалы МИЭФ-5 возросли среди представителей 1-й группы с $12,02 \pm 0,4$ до $23,1 \pm 0,28$ баллов, у представителей 2-й группы — с $11,4 \pm 0,37$ до $19,2 \pm 0,2$ баллов ($p < 0,05$). Неблагоприятных побочных эффектов проводимого лечения не зафиксировано ни в одном случае. У 2 (7,14%) представителей 1-й и у 7 (16,28%) 2-й группы положительного результата лечения не получено, а при дополнительном обследовании выявлена сосудистая патология либо в виде нарушения вено-окклюзивного механизма ($n=3$; 4,23%), либо расстройств артериального кровоснабжения ($n=6$; 8,45%). Всем этим пациентам рекомендованы консультации сосудистого хирурга.

У всех 40 пациентов с синдромами хронической тазовой боли, сопровождавшейся цисталгией и орхалгией, в процессе обследования неврологом и мануальным терапевтом были выявлены мышечно-тонические синдромы с заинтересованностью грушевидных и подвздошно-поясничных мышц, что было расценено в качестве одной из причин возникновения и хронизации описанных тазовых болей. В связи с этим у 17 (77,27%) из 22 представителей 1-й группы наблюдений были проведены курсы мануальной терапии и физиотерапии, а 5 (22,73%) получили инъекции ботулотоксина А в большую поясничную (100 ед.) или грушевидную мышцу (50 ед.) в зависимости от преобладающей локализации болевых ощущений. Среди представителей 2-й группы наблюдений воздействие мануальными и физиотерапевтическими методами лечения проведено у 12 (66,67%) из 18 пациентов, а 6 (33,33%) сделаны инъекции ботулотоксина типа А в большую поясничную (100 ед.) или грушевидную мышцу (50 ед.), также в зависимости от преобладающей локализации болей.

После проведенного лечения хороший результат был получен у 16 (72,73%) представителей 1-й группы наблюдений, удовлетворительный — у 4 (18,18%). Среди представителей 2-й группы хорошие результаты лечения получены в 10 (55,56%) наблюдениях, удовлетворительные — в 6 (33,33%). Побочных негативных эффектов использованных методов лечения не зафиксировано. У 2 (9,09%) представителей 1-й группы наблюдений и у 2 (11,11%) — 2-й лечение оказалось неэффективным.

Таким образом, в происхождении тазовых болей у

мужчин нередко имеет значение не только и не столько урологическая патология, даже при наличии иных, кроме болей, её клинических признаков. Актуальными для формирования такого рода болей являются также мышечно-тонические синдромы при вовлечении групп мышц пояснично-тазовой области. Отчетливый позитивный эффект разных вариантов терапии, направленной на купирование мышечного спазма, подтверждает высказанные нами соображения.

Выводы

1. У мужчин пожилого и старческого возраста чаще, чем в молодом и среднем возрасте, отмечаются расстройства мочеиспускания и эректильной функции на фоне ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом. При этом значительно чаще у пожилых пациентов диагностируются обструктивные нарушения мочеиспускания, нередко требующие хирургического вмешательства, а у представителей молодого и среднего возраста преобладают ирритативные расстройства.

2. Гипертонус поперечно-полосатого сфинктера уретры и гиперактивность мочевого пузыря несколько чаще диагностируются у представителей молодого и среднего возраста, а снижение сократительной способности детрузора, наоборот, в значительной степени более характерно для лиц пожилого и старческого возраста.

3. В патогенезе расстройств мочеиспускания, эректильной дисфункции и тазовых болей значительное место, независимо от возраста, занимают мышечно-тонические синдромы, поражающие мышцы поясничной, ягодичной, бедренной, паховой области и вызывающие компрессию нервных стволов и сплетений. Поэтому в комплекс обследования урологических пациентов рекомендуется включение неврологических и мануально-терапевтических методов при расширении показаний к КТ и МРТ исследованиям поясничного отдела позвоночника.

4. В комплексной терапии лиц, страдающих расстройствами мочеиспускания и эректильной функции и сопровождающихся поясничными и тазовыми болями, целесообразно широкое использование ботулинотерапии, показавшей высокую эффективность и безопасность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Демидко Ю.Л., Спивак Л.Г. Лечение хронического простатита как профилактика возможного развития аденомы предстательной железы // Урология. 2012. № 2. С. 39-43.
2. Djavan R. The Correlation between inflammation, BPH and prostate cancer // Eur. Urol. Suppl. 2009. V. 8, Issue 13. pp. 863-898.
3. Локшин К.Л. Простатит // Практическая урология : Руководство для врачей / Под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. М.: Медфорум, 2012. С. 254-264.
4. Беляев А.Р. Рахматуллина Э.Ф. Клинические варианты нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей при поясничном остеохондрозе // Неврологический вестник. 2007. Т. 39, № 1. С. 110-114.
5. Тюзиков И.А. Взаимосвязь системных факторов в патогенезе синдрома хронической тазовой боли у мужчин // Урология. 2012. № 6. С. 48-51.
6. Azadroi K.M., Chen B.G., Radisavljevic Z.M. Molecular reactions and ultrastructural damage in the chronically ischemic bladder // J. Urol. 2011. Vol. 186 (5). pp. 2115-2122.
7. Nickel J.C., Shoskes D.L. Phenotypic approach to the management of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome // Cur. Urol. Rep. 2009, Jul. Vol. 10 (4). pp. 307-312.
8. Montenegro M.L., Gomide L.B., Mateus-Vasconcelos E.L. et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009. №147 (1). p. 21, Abstr. 4.
9. Nogueira A.A., Poli Neto O.B., Silva J.C., Reis F.J. Myofascial syndrome: a common and underdiagnosed cause of chronic pelvic pain in women // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009. № 31 (9). P. 425, Abstr. 6.
10. Коган М.И., Белоусов И.И., Шорников П.В. Нейрофизиологическая оценка пациентов с хроническим простатитом (синдром хронической тазовой боли III Б) // Урология. 2012. № 4. pp. 37-41.
11. Трэвелл Д.Г., Симонс Л.С. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам : В 2-х томах : Т. 2 / Пер. с англ.— 2-е изд., переработанное и дополненное. М.: Медицина, 2005. 656 с.
12. Howard F.M., Perry P., Carter J.E., El-Minawi A.M. Pelvic Pain: Diagnosis and Management. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000. 529 p.
13. Аполихина И.А., Миркин Я.Б., Эйзенх И.А. и др. Тазовые дисфункции и болевые синдромы в практике уролога // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. №2. pp. 84-90.
14. Barry M. J., Fowler F. J. Jr., O'Leary M. P. et al. American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. Measurement Committee of the American Urological Association // J. Urol. 1992. V. 148, №5. pp. 1549–1557.

REFERENCES

1. Aljaev Ju.G., Vinarov A.Z., Demidko Ju.L., Spivak L.G. Lechenie hronicheskogo prostatita kak profilaktika vozmozhnogo razvitija adenomy predstatel'noj zhelezy. Urologija. 2012. No. 2. pp. 39-43 [In Russ.].
2. Djavan R. The Correlation between inflammation, BPH and prostate cancer. Eur. Urol. Suppl. 2009. V. 8, Issue 13. pp. 863-898.
3. Lokshin K.L. Prostatit. Prakticheskaja urologija : Rukovodstvo dlja vrachej. Pod red. P.V. Glybochko, Ju.G. Aljaeva. M.: Medforum, 2012. pp. 254-264 [In Russ.].
4. Beljaev A.R. Rahmatullina Je.F. Klinicheskie varianty nejrogennoj disfunkcii nizhnih mochevyh putej pri pojasnichnom osteohondroze. Nevrologicheskij vestnik. 2007. Vol. 39, No. 1. pp. 110-114 [In Russ.].
5. Tjuzikov I.A. Vzaimosvjaz' sistemnyh faktorov v patogeneze sindroma hronicheskoy tazovoj boli u muzhchin. Urologija. 2012. No. 6. pp. 48-51 [In Russ.].
6. Azadroi K.M., Chen B.G., Radisavljevic Z.M. Molecular reactions and ultrastructural damage in the chronically ischemic bladder. J. Urol. 2011. Vol. 186 (5). pp. 2115-2122.
7. Nickel J.C., Shoskes D.L. Phenotypic approach to the management of chronic prostatitis. chronic pelvic pain syndrome. Cur. Urol. Rep. 2009, Jul. Vol. 10 (4). pp. 307-312.
8. Montenegro M.L., Gomide L.B., Mateus-Vasconcelos E.L. et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009. No. 147 (1). pp. 21, Abstr. 4.
9. Nogueira A.A., Poli Neto O.B., Silva J.C., Reis F.J. Myofascial syndrome: a common and underdiagnosed cause of chronic pelvic pain in women. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009. No. 31 (9). p. 425, Abstr. 6.
10. Kogan M.I., Belousov I.I., Shornikov P.V. Nejfiziologicheskaja ocenka pacientov s hronicheskim prostatitom (sindrom hronicheskoy tazovoj boli III B). Urologija. 2012. No. 4. pp. 37-41 [In Russ.].
11. Trjevell D.G., Simons L.S. Miofascial'nye boli i disfunkcii: Rukovodstvo po triggernym tochkam: V 2-h tomah : T. 2. Per. s angl.— 2-e izd., pererabotannoe i dopolnennoe.- M.: Medicina, 2005. 656 p. [In Russ.].
12. Howard F.M., Perry P., Carter J.E., El-Minawi A.M. Pelvic Pain: Diagnosis and Management.- Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000. 529 p.
13. Apolihina I.A., Mirkin Ja.B., Jejzenah I.A. i dr. Tazovye disfunkcii i boleveye sindromy v praktike urologa. Jeksperimental'naja i klinicheskaja urologija. 2012. No. 2. pp. 84-90 [In Russ.].
14. Barry M. J., Fowler F. J. Jr., O'Leary M. P. et al. American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. Measurement Committee of the American Urological Association. J. Urol. 1992. V. 148, No. 5. pp. 1549–1557.

Авторы

Мякотных Виктор Степанович
Заведующий кафедрой гериатрии
профессор, доктор медицинских наук
vmaykotnykh@yandex.ru

Третьяков Валерий Викторович
Ассистент кафедры гериатрии
кандидат медицинских наук

Бальберт Александр Анатольевич
Ассистент кафедры гериатрии
кандидат медицинских наук

Боровкова Татьяна Анатольевна
Профессор кафедры гериатрии
доцент, доктор медицинских наук

Уральский государственный медицинский университет
Российская Федерация, 620036, Екатеринбург, ул. Со-
болева, 25,
Свердловский областной клинический психоневроло-
гический госпиталь для ветеранов войн,

Authors

Viktor S. Myakotnykh
Head of the Department of Geriatrics of the Ural State
Medical University
Professor, Dr. Sci. (Med.)
vmaykotnykh@yandex.ru

Valery V. Tretyakov
Assistant of the Department of Geriatrics of the Ural
State Medical University
Cand. Sci. (Med.)

Aleksandr A. Balbert
Assistant of the Department of Geriatrics of the Ural
State Medical University
Cand. Sci. (Med.)

Tatyana A. Borovkova
Professor of the Department of Geriatrics of the Ural
State Medical University
Associate Professor, Dr. Sci. (Med.)

Ural State Medical University, Department of geriatric
Soboleva Str. 25, Yekaterinburg, Russian Federation,
620036,
Sverdlovsk regional clinical psycho-neurological hospital
for veterans of wars, Department of geriatric