

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Сенчукова С.Р.¹, Кузнецова А.В.², Креницына Ю.М.¹, Молодых О.П.¹

¹ФГБНУ «Институт молекулярной патологии и патоморфологии», Новосибирск, e-mail: pathol@inbox.ru;

²ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Новосибирск

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 236 пациентов (в возрасте от 20 до 40 лет) с синдромом хронической тазовой боли. Для измерения болевых ощущений использовали шкалу оценки боли (от 0 до 10 баллов – от отсутствия болевого ощущения до крайней степени выраженности боли). У всех больных с помощью ПЦР и/или культурального метода в биологическом материале (соскоб уретры, прямой кишки, цервикального канала, материал заднего свода влагалища, секрет предстательной железы) определяли возбудителей инфекций. В зависимости от полученных результатов, назначали соответствующую терапию. Инфекции, передаваемые половым путем, выявлены нами у 38,6 % обследованных. В большинстве случаев выявлен урогенитальный трихомониаз в сочетании с вирусом генитального герпеса, микоплазменной, уреоплазменной и хламидийной инфекциями (около 58 %). Количественные и качественные характеристики боли коррелировали с этиологическими особенностями выявляемой патологии и результатами лечения инфекцией, передаваемых половым путем.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, инфекции, передаваемые половым путем, микст-инфекции.

ROLE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE DEVELOPMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Senchukova S.R.¹, Kuznetsova A.V.², Krinitsyna Yu.M.¹, Molodykh O.P.¹

¹Institute of Molecular Pathology and Pathomorphology, Novosibirsk, e-mail: pathol@inbox.ru;

²Novosibirsk State University, Novosibirsk

A comprehensive clinical and laboratory examination of 236 patients (aged 20 to 40 years) with chronic pelvic pain syndrome was carried out. To measure a pain severity we used the pain rating scale (0 to 10 points – from a lack of pain to the extreme severity of the pain). In all patients infectious agents in biological materials (scraping of the urethra, rectum, cervix, posterior vaginal material, prostate secretion) were determined using PCR and/or culture method. Depending on the results, appropriate therapy was prescribed. Sexually transmitted infections were found in 38,6 % of the patients. In most cases, urogenital trichomoniasis was identified in association with a Genital herpes virus, Mycoplasma, Ureaplasma Chlamydia infections (about 58 % among all cases). Quantitative and qualitative characteristics of pain correlated with etiological features of detectable pathology and the results of the treatment of sexually transmitted infections. Complex therapy schemes are most effective in the treatment of chronic pelvic pain syndrome in patients with sexually transmitted infections.

Keywords: chronic pelvic pain syndrome, infections transmitted sexually, mixed infection.

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является одной из наиболее часто встречающихся причин обращения к врачу, на его долю приходится около 20 % амбулаторных посещений. По данным разных авторов, количество пациентов с СХТБ в стационарах и поликлиниках превышает общее количество пациентов с болезнями сердца, сахарным диабетом и онкологическими заболеваниями [1, 2, 3]. По данным последних европейских популяционных исследований, в Германии, Испании, Великобритании и Франции СХТБ страдает 3,8 % женщин. В США хронические тазовые боли испытывают 4,7 % жительниц, причем от 68 до 75 % из них – это женщины репродуктивного возраста. В России СХТБ в 73 % случаев рассматривают как симптом урогенитальных заболеваний,

причем в 32 % из них с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в 22 % – экстрагенитальных, в 1 % – психических нарушений, в 1,5 % случаев СХТБ имеет самостоятельное нозологическое значение [1, 6].

Определение СХТБ долго дискутировалось. В 2006 г. А.Р. Vaganowski из рабочей группы PUGO предложил такое решение: если боль локализуется в одной области, то следует считать, что у пациента имеется один болевой синдром, а если в двух областях – 2 синдрома соответственно. В том случае, если боль не имеет четкой локализации или локализуется в трех областях и более, в диагнозе следует отражать то, что у пациента выявлен СХТБ. При этом дальнейшей классификации боли, проводимой с учетом вовлечения органа в патологический процесс, не требуется [3, 4, 8, 9].

В последнее время интерпретация СХТБ существенно изменилась. Высказывается мнение о необходимости применения мультидисциплинарного подхода к диагностике, патогенезу, лечению боли. Так, эксперты Европейской ассоциации урологов (EAU) разработали рекомендации по хронической тазовой боли (ХТБ) для того, чтобы у медицинских работников была возможность оценивать лечебные мероприятия, проводимые по поводу ХТБ, с позиций доказательной медицины. В состав многопрофильной группы входят урологи, нейроурологи, анестезиологи, гинекологи и психологи [2, 5, 10, 14].

Цель исследования – изучить частоту и характер СХТБ у пациентов активного репродуктивного возраста с ИППП.

Материал и методы исследования

Проведено клинико-лабораторное обследование 236 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет с СХТБ. Средний возраст составил $32,7 \pm 2,6$ лет. Мужчин было 127 (53,8 %) человек, женщин – 109 (46,2 %). Продолжительность заболевания варьировала от 6 мес до 5 лет, в среднем составила $2,3 \pm 1,2$ года. Перед проведением исследования все пациенты были подробно ознакомлены с предстоящей процедурой обследования, подписали добровольное информированное согласие на обработку персональных данных и медицинское вмешательство, а также использование полученных данных для научно-исследовательских целей.

Всем пациентам наряду с общеклиническим, биохимическим, инструментальным (УЗИ, уретроскопия, кольпоскопия) обследованием проводили исследования на сифилис, вирус иммунодефицита человека, гепатиты В и С, урогенитальные инфекции (гонорею, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмозы) с использованием бактериоскопического, бактериологического, молекулярно-биологического методов и иммуноферментного анализа.

Для измерения болевых ощущений использовали шкалу оценки боли (0 баллов соответствует отсутствию болевых ощущений, а значение 10 баллов – крайней степени

боли). В зависимости от полученных результатов, назначали терапию в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями [6].

Критериями включения в исследование были: возраст от 20 до 40 лет, наличие жалоб на боль в области малого таза, которая не имела четкой локализации или локализовалась в трех областях и более, идентификация в биологическом материале (соскоб уретры, прямой кишки, цервикального канала, материал заднего свода влагалища, секрет предстательной железы) методом ПЦР и/или культуральным методом возбудителей инфекций (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, вируса простого герпеса).

Диагностическим критерием, подтверждающим наличие уретрита, было обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом уретры. Диагностическим критерием, подтверждающим наличие вагинита, было обнаружение 20 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения и клеток плоского эпителия более 1:1. Диагностическим критерием, подтверждающим наличие цервицита, было обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом цервикального канала и наличие выделений из цервикального канала. Диагностическим критерием, подтверждающим наличие простатита, было обнаружение 5 и более лейкоцитов в поле зрения в секрете предстательной железы.

При оценке результатов лечения учитывали излеченность ИППП, динамику регресса болевых ощущений.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании жалоб, клинико-лабораторного и инструментального обследования в исследование был включен 91 (пациент с синдромом хронической тазовой боли и ИППП). Из них 48 мужчин и 43 женщины. Средний возраст составил $31,6 \pm 2,7$ лет.

Продолжительность заболевания по данным анамнеза в среднем составляла 2,1 года. Среди жалоб чаще всего отмечались боли в нижней части живота (тянущего характера), в промежности с иррадиацией в прямую кишку, диспареуния, дизурия (табл. 1). Жалобы на наличие патологических выделений из половых путей – у 32 (35,2 %) человек, зуд и/или жжение в области наружных половых органов – у 24 (26,4 %).

Таблица 1

Частота встречаемости симптомов в зависимости от гендерной принадлежности

Группа наблюдения	Диспареуния	Дизурия	Боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку	Боли в нижней части живота

Мужчины	17	45	42	33
Женщины	39	21	26	43
Всего	56 (61,5%)	66 (72,5%)	68 (74,7%)	76 (83,5%)

Комплексное обследование показало, что у 19 пациентов (19,8 %) обнаружен урогенитальный трихомоноз в сочетании с рецидивирующим течением генитального герпеса (1-я группа), у 17 (17,7 %) – трихомонадно-микоплазменная (2-я группа), у 12 (12,5 %) – трихомонадно-уреаплазменная (3-я группа), у 12 (12,5 %) – хламидийно-микоплазменная (4-я группа), у 11 (11,5 %) – трихомонадно-кандидозная (5-я группа), у 8 больных (8,3 %) – смешанная трихомонадно-хламидийная инфекция (6-я группа), у 7 (7,3 %) – хламидийно-кандидозная инфекция (7-я группа), у 5 (5,2 %) – хламидийная (8-я группа) (рис. 1). Гепатит С обнаружен у 8 (8,3 %) пациентов.

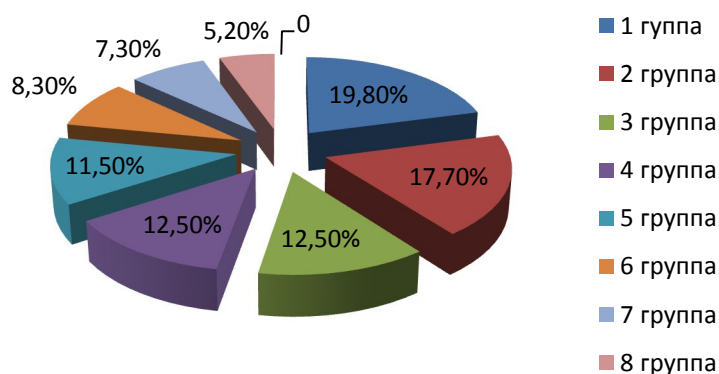


Рис. 1. Характеристика патологического микробиоценоза у пациентов с СХТБ

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в большинстве случаев у больных с СХТБ выявляется микст-инфекция, чаще всего трихомоноз в сочетании с вирусом герпеса, микоплазменной, уреаплазменной и хламидийной инфекциями (около 58 %), которые характеризуются наибольшей распространенностью в различных популяциях человека в настоящее время [11, 12, 13, 15].

При гинекологическом/урологическом обследовании отклонения от нормы были выявлены у всех пациентов: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия уретры – у 12 % женщин и 67 % мужчин, инфильтрация стенок уретры – у 9,6 % женщин и 62,5 % мужчин, необильные слизистые выделения из уретры – у 7,3 % женщин и 54,2 % мужчин, скудные слизисто-гнойные выделения из уретры – у 2,4 % женщин и 8,3 % мужчин, гиперемия слизистой оболочки вульвы – у 60,9 % женщин, гиперемия слизистой оболочки влагалища – у 70,7 % пациенток, патологические выделения в заднем своде

влагалища – слизисто-гнойные (58,5 %), жидкие, пенные (19,5 %), сливкообразные (12,4 %), белые, густые (9,6 %).

Патологические изменения слизистой оболочки шейки матки (гиперемия и/или отечность) регистрировались у 30 (73,1 %) пациенток, патологические выделения из цервикального канала слизисто-гнойного характера – у 25 (60,9 %) женщин. При бимануальном исследовании у 3 (7,3 %) пациенток выявлена болезненность, плотная консистенция и ограничение подвижности матки.

При ректальном исследовании у 12 (25 %) мужчин определялась болезненная и уплотненная предстательная железа. Среди осложнений, которые наблюдались у пациентов с ИППП, прежде всего, следует выделить простатит у мужчин (25 % случаев) и эндометрит у женщин (7,3 % случаев).

Изучение шкалы оценки болевых ощущений показало, что 63 (69 %) человека оценивали свои болевые ощущения в среднем на 1–2 балла, 11 (12 %) – на 5 баллов и 17 (19 %) человек – на 7 баллов (рис. 2). Наиболее выраженные болевые индексы выявлены при сочетании урогенитального трихомониаза и простого герпеса, а также при смешанной трихомонадно-хламидийной инфекции.

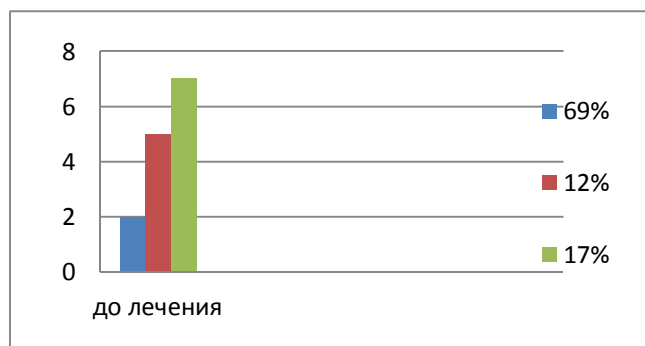


Рис. 2. Шкала оценки болевых ощущений (в баллах) пациентов с СХТБ и ИППП до лечения

Всем пациентам в соответствии с установленным диагнозом проведено лечение и осуществлен контроль излеченности от ИППП. Контроль излеченности показал, что у 88 (96 %) пациентов была достигнута эрадикация возбудителей бактериальной инфекции. При анализе результатов лечения генитального герпеса (в течение 2 лет) рецидивы не наблюдались у 14 (73 %) пациентов. Снижение частоты рецидивов (до 1–3 раз в год) отмечено у 5 (27 %) человек. В 3 (4 %) наблюдениях результаты лечения оказались неудовлетворительными. Соответственно, показатели шкалы интенсивности боли уменьшились до 0 у 83 (91 %) человек, до 2–3 баллов у 8 (9 %) пациентов (рис. 3).

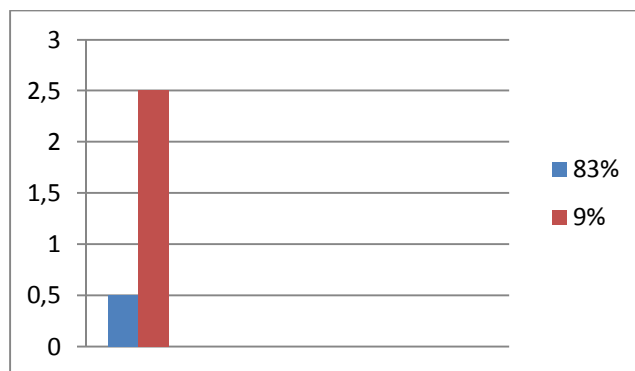


Рис. 3. Шкала оценки болевых ощущений (в баллах) пациентов с СХТБ после лечения ИППП

Подобные результаты были получены и другими авторами при применении комплексных схем лечения СХТБ у больных с урогенитальной патологией [4, 7]. Поскольку у пациентов репродуктивного возраста обоего пола СХТБ чаще всего обусловлен развитием деструктивно-воспалительных процессов в органах мочеполовой системы в результате длительной персистенции бактериально-вирусной инфекции, в том числе и ИППП, то наиболее эффективными схемами лечения СХТБ являются те, в которых сочетаются антибактериальная, иммунокорректирующая, при необходимости – гормональная, и регенераторная терапия.

Таким образом, по данным проведенного клинико-лабораторного обследования установлено, что у 38,6 % с синдромом хронической тазовой боли выявляются инфекции, передаваемые половым путем. Количественные и качественные характеристики боли коррелируют с этиологическими особенностями выявляемой патологии и результатами лечения ИППП. Эрадикация возбудителей ИППП позволяет снизить показатели шкалы интенсивности боли у пациентов с синдромом хронической тазовой боли до 0 в 91 % случаев. Для комплексной оценки состояния пациентов с синдромом хронической тазовой боли целесообразно тщательное, всестороннее, с использованием различных (бактериологических, молекулярно-биологических) методов обследование с целью выявления ИППП.

Список литературы

1. Коган М.И., Шангичев А.В., Черногубова Е.А., Белоусов И.И. Оценка стандартной терапии синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) у мужчин // Андрология и генитальная хирургия. – 2009. – № 2. – С. 114.
2. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г., Школьников М.Е., Горчханов М.А. Диагностика и лечение синдром хронической тазовой боли у мужчин // Лечащий врач. – 2004. – №9. – С.26-

30.

3. Неймарк А.И., Шелковникова Н.В. Роль воспалительных заболеваний гениталий и нижних мочевых путей в развитии синдрома хронической тазовой боли у женщин // Проблемы клинической медицины. – 2011. – Т.25, №3/4. – С.56-58.
4. Неймарк А.И., Шелковникова Н.В., Непомнящих Л.М., Таранина Т.С. Сочетанная патология в урогинекологии. Диагностика и лечение. – Москва: Е-Ното, 2014. – 223с.
5. Тюзиков И.А., Иванов А.П. Абактериальный синдром хронической тазовой боли у мужчин как мультидисциплинарная проблема // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 1. – С. 121-124.
6. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.
7. Шелковникова Н.В., Лушникова Е.Л., Пичигина А.К., Неймарк А.И. Структурно-функциональные основы синдрома хронической тазовой боли при сочетанном хроническом цистите и аденомиозе // Бюл. exper. биол. – 2014. – Т. 158, № 12. – С. 704 – 709.
8. Щеплев П.А. Простатит. – М.: ИД Практика-И, 2004. – С.4-83.
9. Chen Z.B., Song Y.S., Cui J., Zhang H., Fei X. Influence of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes on male health // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2009.– Vol. 15 (12). – P. 1108-1111.
10. Delavierre D., Rigaud J., Sibert L., Labat J.J. Evaluation of chronic pelvic and perineal pain // Prog Urol. – 2010. – Vol. 20 (12). – P. 865-871.
11. Leli C., Mencacci A., Bombaci J.C., D'Alò F., Farinelli S., Vitali M., Montagna P., Bietolini C., Meucci M., Perito S., Bistoni F. Prevalence and antimicrobial susceptibility of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in a population of Italian and immigrant outpatients // Infez. Med. – 2012.– Vol.20 (2). – P. 82-87.
12. Leli C., Meucci M., Vento S., D'Alò F., Farinelli S., Perito S., Bistoni F., Mencacci A. Microbial and vaginal determinants influencing *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* genital colonization in a population of female patients // Infez. Med. – 2013.– Vol. 21(3). – P. 201-206.
13. Lysenko O.V., Kuznechenkova T.V., Iglikov V.A., Deryabina V.P. Prevalence of urogenital inflammatory diseases associated with genital mycoplasmas. Treatment efficacy // Vest. Dermatol. Venerol. – 2010. – P. 83-88.
14. Pontari M.A., Ruggieri M.R. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // J. Urol. – 2008.– Vol. 179(5 Suppl). – P. S61-67.
15. Wikstrom A., Jensen J.S. *Mycoplasma genitalium*: a common cause of persistent urethritis

among men treated with doxycycline // Sex. Transm. Infect. – 2006. – Vol. 82 (4). – P. 276-279.