

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В.П. Ковалык, Е.В. Екушева

Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России», Москва, Российская Федерация

Диагностика хронической тазовой боли является сложной междисциплинарной проблемой и требует тщательного и детального клинического обследования с привлечением смежных специалистов. Невропатическая боль в структуре хронической тазовой боли присутствует у 1/3 пациентов, что диктует необходимость тесного сотрудничества уролога и невролога на всех этапах ведения этой категории больных. Представленный клинический разбор демонстрирует алгоритм такого междисциплинарного взаимодействия, что позволяет помочь пациенту со сложной и труднокурабельной патологией.

Ключевые слова: диагностика простатита, хроническая тазовая боль, половой нерв, невропатическая боль.

(Для цитирования: Ковалык В.П., Екушева Е.В. Хронический простатит: дифференциальный диагноз. Анализ клинического случая. *Клиническая практика*. 2019; 10(2):85–90. doi: 10.17816/clinpract10285–90)

CHRONIC PROSTATITIS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS. CASE REPORT DISCUSSION

V.P. Kovalyk, E.V. Ekusheva

Academy of Postgraduate Education under the FSBU «Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Medical Assistance and Medical Technologies of the Federal Medical Biological Agency», Moscow, Russian Federation

The diagnostics of chronic pelvic pain is a complex interdisciplinary problem. It requires a thorough and detailed clinical examination involving clinicians of various specialties. Neuropathic pain in the structure of chronic pelvic pain is present in 1/3 of patients, which call the need for a close cooperation between the urologist and neurologist at all the stages of the management of these patients. The presented clinical analysis demonstrates an algorithm for such an interdisciplinary interaction, which provides a care for a patient with this complex and debilitating pathology.

Keywords: diagnosis of prostatitis, chronic pelvic pain, pudendal nerve, neuropathic pain.

(For citation: Kovalyk VP, Ekusheva EV. Chronic Prostatitis: Differential Diagnosis. Case Report Discussion. *Journal of Clinical Practice*. 2019; 10(2):85–90. doi: 10.17816/clinpract10285–90)

ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее значимых тенденций в урологической практике последнего десятилетия является пересмотр критериев диагноза «хронический простатит». Это заболевание, по образному выражению американского уролога Томаса Стэми, является «мусорной корзиной клинического невежества», поскольку сложившаяся десятилетиями порочная практика, при которой все неприятные ощущения в области таза у мужчин обозначали как хронический простатит, приводила к неправильной терапевтической стратегии, в т.ч. к лечению антибиотиками разных групп. Показано, что около 25% мужчин имеют диагноз «хронический простатит»,

при этом лишь у 3–5% их них обнаруживается подтвержденная бактериальная инфекция предстательной железы, и пациенты действительно нуждаются в специфическом лечении антимикробными лекарственными средствами [1, 2].

В современной классификации простатита представлено разделение на острый процесс заболевания, или категорию I, и на хроническую бактериальную инфекцию, или категорию II, которые составляют не более 5% всех имеющихся диагнозов «простатит» [3]. Категория III включает в себя остальные варианты хронической тазовой боли, в развитии которой играют роль патологические процессы в других органах и системах организма.

Проведенные исследования пациентов с хроническим простатитом (ХП) и синдромом хронической тазовой боли (ХТБ) продемонстрировали существенную роль невропатической боли, миофасциального болевого синдрома, скелетно-мышечной и психосоматической патологии и разнообразных инфекций в генезе этого патологического состояния. При этом в отличие от понятного и неплохо поддающегося лечению бактериального простатита пациенты с ХП/ХТБ продолжают оставаться «сложной» категорией больных как с точки зрения постановки диагноза и определения патогенетических механизмов развития заболевания, так и с позиции выбора эффективного лечения, несмотря на многочисленные клинические и научные исследования, проведенные в этой области медицины. В частности, традиционным лечением ХП и ХТБ, или терапией 1-й линии, является так называемая 3А-терапия, включающая препараты из групп антибиотиков, α -блокаторов и нестероидных противовоспалительных средств [4]. Вместе с тем до 46% пациентов отмечают неудовлетворительный результат указанного курса лечения [5].

Невропатическая боль в структуре ХП и ХТБ, по данным зарубежных исследований [6], составляет 30%, что диктует необходимость тесного сотрудничества уролога и невролога на всех этапах ведения этой категории больных. Представленный клинический разбор демонстрирует алгоритм такого междисциплинарного взаимодействия.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

О пациенте

Пациент Д., 44 года, женат, по профессии экономист. Обратился с жалобами на ежедневные боли в области ануса, промежности и крестца, преимущественно справа. Боли усиливаются в положении сидя и несколько стихают ночью. Периодически отмечает иррадиацию болевых ощущений в правую половину мошонки и верхнюю часть прилегающей области бедра.

Анамнез заболевания

Неприятные ощущения тяжести в области промежности и ануса впервые появились 4 мес назад во время отдыха в Таиланде. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов в форме свечей имело лишь временный эффект, болезненные явления постепенно прогрессировали. Во время обратного длительного авиаперелета у Д. возник столь мучительный и труднопереносимый болевой синдром при отсутствии эффекта обезболивающих

препаратов, что он был готов просить у командира авиалайнера экстренной посадки. При этом явные дизурические явления, за исключением небольшого затруднения при мочеиспускании, не наблюдались.

Поскольку Д. в 25 лет был поставлен диагноз ХП, он сразу по прилету домой обратился к урологу одной из коммерческих клиник. Проведенное бактериологическое исследование секрета предстательной железы выявило обильный рост энтеробактерий и кишечной палочки, что позволило врачу поставить диагноз «хронического простатита» и назначить антимикробную терапию левофлоксацином в дозе 500 мг/сут, свечи с диклофенаком в дозе 50 мг/сут, физиолечение и массаж предстательной железы. На фоне проводимого лечения пациент отметил существенное улучшение в виде уменьшения болей в области ануса и промежности, которые постепенно возобновились через 5 дней и достигли прежнего уровня к концу терапии.

Данный сценарий рецидивирующей боли наблюдался не один раз. Неоднократное обращение к урологам разных лечебных учреждений привело к повторному комплексному обследованию, по результатам которого ставился «бактериальный простатит» и рекомендовался широкий спектр лекарственных средств с антибактериальным действием — препаратов, содержащих доксициклина моногидрат, джозамицин, цефтриаксон, цiproфлоксацин, кларитромицин. Дополнительно назначались тамсулозин, нестероидные противовоспалительные препараты внутрь, парентерально и ректально, как и простатитен. Каждый последующий курс лечения у Д. сопровождался существенным улучшением в начале терапии и последующим регрессом выраженного болевого синдрома и других симптомов. Эпизодический прием алкогольных напитков, как правило, резко негативно влиял на выраженность болевого синдрома. При этом параметры мочеиспускания (частота, императивность, ноктурия) и сексуальная функция не страдали, даже при выраженном ухудшении.

Любопытно заметить, что в процессе лечения возникла гипотеза о возможном источнике бактериальной инфекции у пациента, в частности передаче различных бактерий из ротоглотки партнерши во время орального секса. Проведенное бактериологическое обследование отделяемого ротоглотки девушки выявило обильный рост зеленого стрептококка (лат. *Streptococcus viridans*), в связи с чем партнерше Д. был назначен курс антибактериальной терапии внутрь и местный прием антисептических препаратов, что привело

к осязательному облегчению состояния пациента. Таким образом, положительный эффект антибиотиков, назначаемых пациенту и его партнерше, утверждал специалистов-урологов в бактериальной природе заболевания, что оттягивало верификацию верного диагноза.

Важно отметить, что столь длительное течение «хронического простатита» оказало непосредственное влияние на эмоциональный и психосоматический статус больного. Его начали посещать мысли о тщетности проводимого лечения, страх и переживания о неизлечимости заболевания и перспективе остаться со своей болью до конца жизни; Д. отмечал эпизоды раздражительности, тревоги, сменяющиеся апатией и унынием.

Анамнез жизни

Пациент последние 19 лет имеет диагноз ХП, по поводу которого регулярно наблюдается у урологов, ежегодно проходит курсы антибиотикотерапии, физиолечения и массажа предстательной железы с достижением ремиссии на протяжении последующего года. Текущее обострение отличалось кратковременным эффектом от применяемого антимикробного лечения, кроме того, наблюдалось усиление болей в положении сидя.

Эпизод уретрита, связанный с инфекцией, передаваемой половым путем, назвать которую затрудняется, отмечал в возрасте 25 лет. Отмечает рецидивирующий генитальный герпес до 4 обострений в год. При активном расспросе сообщил, что когда катался на водных горках в Таиланде, получил сильный ушиб в области копчика. Тем не менее сразу после этой травмы не было каких-либо неприятных симптомов, и Д. забыл об этом происшествии. Болевой синдром возник лишь спустя 6–7 дней после произошедшего удара.

Обследование

Локальный статус. Наружные половые органы без особенностей. Головка полового члена, область возле наружного отверстия уретры без особенностей, при массаже уретры выделений нет. Органы мошонки при пальпации безболезненны.

Пальцевое ректальное исследование: предстательная железа 3×3 см, безболезненна (!), неравномерной консистенции, несколько сглажена срединная борозда, асимметрия за счет некоторого увеличения правой доли. Семенные пузырьки не пальпируются, их область безболезненна. Обращает на себя внимание появление резкой боли и симптома «прыжка», когда пациент буквально подскакивает, при пальпа-

ции области выше и правее апикального края предстательной железы. В этот момент пациент указывает на возникновение аналогичных по характеру и интенсивности болевых ощущений, наблюдающихся последние несколько месяцев. Такие же симптомы Д. отмечал и при бimanуальной пальпации копчика, в ходе которой определялась его гипермобильность. При пальпации мышц тазового дна (лат. *mm. levator ani* и *puborectalis*) триггерных точек не выявлено.

Данные инструментальных методов исследования. Урофлоуметрия: Q_{max} 22 мл/с, Q_{av} 16 мл/с. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря: без особенностей. Остаточной мочи нет. Трансректальное ультразвуковое исследование: объем предстательной железы 28,5 см³, периуретрально лоцируются кальцинаты до 3 мм и зона фиброза в правой доле железы 8 мм. Магнитно-резонансная томография (МРТ) пояснично-крестцового отдела позвоночника: спондилез пояснично-крестцового отдела позвоночника, гемангиома L5 позвонка, экструзия диска L5-S1 с вероятным воздействием на корешок S1 слева.

Тяжесть заболевания, согласно Индексу симптомов хронического простатита Национального института здоровья США (NIH CPSI), составила 28 баллов, качество жизни (QoL) — 5. Домен боли — 15, домен мочеиспускания — 2, домен влияния на повседневную жизнь — 11.

Результаты лабораторных методов исследования. Для оценки бактериальной природы воспаления предстательной железы провели стандартное микроскопическое и бактериологическое исследование до- и постмассажной пробы мочи. В результате исследования получили отсутствие роста бактерий в обоих случаях, лейкоциты — 0-1 в поле зрения, эритроциты — 0 в поле зрения в обеих пробах.

Полимеразная цепная реакция на инфекции, передаваемые половым путем (12 позиций), — отрицательно.

Исследование уретрального соскоба, секрета предстательной железы и эякулята на герпесвирусы человека: обнаружен герпесвирус человека 6-го типа в концентрации менее 1000 Гэкв/мл в секрете предстательной железы.

Диагноз и прогноз

Таким образом, основными симптомами у пациента Д. явились боль в области ануса и промежности, усиливающиеся в положении сидя. Основные лабораторные данные — отрицательные, до- и постмассажная пробы предстательной железы

прямо коррелировали с безболезненной предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании, что явилось основанием для исключения диагноза «бактериальный простатит», тогда как обнаруженная болезненность в области правого полового нерва и выраженные неприятные симптомы, болезненность и гипермобильность при пальпации копчика позволили предположить иной диагноз: «Синдром хронической тазовой боли 3Б, невропатия срамного нерва справа, кокцигодия на фоне остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника».

Для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения пациент был направлен в Центр боли городской клинической больницы им. С.И. Спасокукоцкого (Москва). Клинико-неврологическое обследование не обнаружило данных за наличие органического поражения нервной системы. Функциональные тесты моторной латентности подтвердили поражение правого полового нерва. Был поставлен окончательный диагноз: «Хроническая тазовая боль с невропатией правого полового нерва и мышечно-тоническим синдромом. Астено-ипохондрический синдром».

Проводилась терапия лекарственными средствами из группы анксиолитиков, антидепрессантов и нейролептиков, курс гипербарической оксигенации. Пациент тяжело переносил указанную терапию в связи с выраженной сонливостью и вялостью в течение дня на фоне приема препаратов, особенно в утреннее время. Вместе с тем Д. отмечал улучшение в виде уменьшения интенсивности болевого синдрома до 1 балла по визуальной аналоговой шкале, и эффект терапии был им оценен на 90%.

Пациент Д. выписан из стационара с улучшением и продолжил принимать рекомендованный курс лечения (амитриптилин и Цитофлавин). В настоящее время он использует нефармакологические методы терапии: иглоукалывание и остеопатическую коррекцию, не принимает препаратов из группы нестероидных противовоспалительных и антидепрессантов, к последним в процессе лечения у пациента выработалось резко отрицательное отношение.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует неоднократную ошибочную интерпретацию различными специалистами данных, полученных при бактериологическом исследовании секрета предстательной железы. Очевидно, что выявленный при обследовании пациента обильный

рост уропатогенов мог быть следствием их контаминации из уретры и/или головки полового члена. Обнаружить бактериальные агенты в урогенитальном тракте возможно с помощью классической четырехстаканной пробы мочи по Meares-Stamey, впервые описанной еще в году 1981 г. [7]. Это громоздкий и сложно выполнимый на практике метод впоследствии был вытеснен более простым до- и постмассажным тестом, не уступающим по информативности классической пробе Meares-Stamey [8]. Данная методика позволяет как исключить воспалительные явления в предстательной железе (при наличии в постмассажной пробе лейкоцитов 0-1 в поле зрения), так и обнаружить бактериальную инфекцию простаты.

Важно отметить, что у Д. всегда наблюдался положительный ответ на любую проводимую антибиотикотерапию, что должно было служить для лечащих его врачей поводом задуматься о возможности ошибочной тактике ведения больного или о наличии иного патологического процесса.

Ключевым этапом диагностики, позволившим предположить у пациента невропатию полового нерва как причину возникновения болевого синдрома, явилось пальцевое ректальное исследование, в ходе которого была обнаружена триггерная точка в мышечных волокнах прямой кишки в области выхода полового, или срамного, нерва (лат. *n. pudendus*), при пальпации которой возникли идентичные, наблюдаемые ранее болезненные ощущения, как и при бимануальной (трансректальной и наружной) пальпации копчика. Причем при пальпации правого полового нерва боль была выражена ярче, тогда как пальпация левого полового нерва сопровождалась лишь небольшим дискомфортом. Диагностическая ценность представленного пальпаторного метода для обнаружения патологии полового нерва, с одной стороны, является довольно сомнительной, а с другой — может позволить предположить иную причину развития болевого синдрома.

Половой, или срамной, нерв начинается от спинномозговых нервов S2-S4, выходит из малого таза через большое седалищное отверстие и возвращается в него через малое грушевидное отверстие в пудендальном канале [9].

Далее он проходит в канале Алкока вместе с одноименной артерией и веной вдоль внутренней поверхности седалищной кости и делится на дорзальный нерв полового члена, промежностную и ректальную ветви. Канал Алкока (лат. *Alcock*), образованный расщеплением фасции внутрен-

ней запирающей мышцы, является частым местом для компрессии *n. pudendus* сакроспинальной связкой. В седалищно-прямокишечной ямке в проекции седалищных остей возможна диагностическая трансректальная пальпация для обнаружения поражения полового нерва. Конечные ветви полового нерва обширно иннервиру-

ют область малого таза, нижних отделов живота и спины, промежности, наружных половых органов и передневнутреннюю поверхность бедер, поэтому при его поражении вследствие разнообразных причин (табл.) не всегда возможно указать точную локализацию места боли, отделив ее от зоны возможной иррадиации.

Таблица

Основные причины поражения полового нерва

Причина	Примеры
Внешнее сдавление полового нерва на уровне промежности	После операции в связи с переломом бедра При длительной езде на велосипеде, лошади При наложении шва через крестцово-остистую связку под контролем кольпоскопа
Повреждение полового нерва в области малого таза	Метастазы; злокачественные образования; эндометриоз; оперативные вмешательства При заборе костного мозга для трансплантации
Растяжение полового нерва	Во время родов При натуживании во время дефекации
Компрессионное поражение полового нерва	В канале Алкока Сдавление спазмированной грушевидной мышцы Сдавление между крестцово-остистой и крестово-бугорной связками
Травматическое повреждение полового нерва	Переломы костей таза; травма пояснично-крестцового отдела позвоночника Вывих тазобедренного сустава Оперативное вмешательство на органах малого таза; внутрисуставное инородное тело

Четкие диагностические критерии невралгии или невропатии полового нерва (пудендальной невралгии или нейропатии) отсутствуют. Предположительный диагноз возможно поставить на основании Нантских критериев, предложенных мультидисциплинарной группой исследователей в 2008 г. [10].

Выделено пять основных критериев:

- 1) наличие боли в области иннервации полового нерва;
- 2) усиление боли в положении сидя;
- 3) боль не нарушает ночной сон (т.е. пациент не просыпается от боли ночью);
- 4) отсутствуют объективные чувствительные нарушения при клиническом исследовании;
- 5) купирование или снижение выраженности болевого синдрома при блокаде полового нерва.

Следует заметить, что невропатический характер поражения нерва будет сопровождаться всеми характеристиками нейропатической боли, в частности разнообразными чувствительными нарушениями (явлениями зуда, жжения, горения, ощущения покалывания и мурашек и др.). Особенно часто это наблюдается при рецидивирующей

герпетической инфекции в области промежности и гениталий, поражающей периферические нервы, когда происходит репликация и распространение активированного вируса по передней ветке полового нерва — дорзального нерва полового члена. С учетом выявления у пациента Д. активированного герпесвируса 6-го типа ему была назначена терапия интерфероном альфа-2b (1 млн ЕД в течение 20 дней), после которой контрольные исследования оказались отрицательными.

Важным методом исследования пациентов с пудендальной невропатией или невралгией является электронейромиография полового нерва с оценкой его терминальной моторной латентности [11]. Использование самоклеящихся одноразовых электродов, легко устанавливаемых пальцем в перчатке, позволяет широко применять этот метод в клинической практике. Также используются электромиография наружных сфинктеров заднего прохода или мочеиспускательного канала, соматосенсорные вызванные потенциалы полового нерва, аноректальная манометрия и уродинамическое исследование [9, 11]. При предполагаемом сдавлении полового нерва в канале Алкока применяется

трансвагинальное ультразвуковое исследование для оценки кровотока по одноименным *a. pudenda* и *v. pudenda*, которые нередко подвергаются компрессии в канале Алкока. Рассматриваются возможности использования МРТ высокого разрешения в диагностике пудендальной невропатии или невралгии и функциональной МРТ тазового дна в качестве дополнительного к нейрофизиологическим методам исследования [12].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика хронической тазовой боли является междисциплинарной проблемой и требует тщательного и детального клинического обследования с активным привлечением целого ряда специалистов. Принципиально важным является внедрение в клиническую практику использование до- и пост-массажной пробы предстательной железы, которая позволяет верифицировать либо исключить бактериальный простатит. Наличие боли в области седалищно-прямокишечной ямки, где половой нерв максимально близко подходит к слизистой прямой кишке, позволяет предположить нейрогенную причину ХТБ и, соответственно, направить пациента к профильному специалисту — неврологу.

Таким образом, консолидация усилий клиницистов различного профиля позволяет в итоге поставить правильный диагноз и помочь пациенту со сложной и нередко труднокурабельной патологией.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской поддержки.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis. *Clin Infect Dis*. 2010;50(12):1641–1652. doi: 10.1086/652861.
- Krieger JN, Lee SW, Jeon J Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;31 Suppl 1:S85–90. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028.
- Krieger JN, Nyberg L, Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA*. 1999;282(3):236–237. doi: 10.1001/jama.282.3.236.
- Thakkestian A, Attia J, Anothaisintawee T, Nickel JC. Alpha-blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int*. 2012;110(7):1014–1022. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11088.x.
- Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA*. 2011;305(1):78–86. doi: 10.1001/jama.2010.1913.
- Doiron RC, Tripp DA, Tolls V, Nickel JC. The evolving clinical picture of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a look at 1310 patients over 16 years. *Can Urol Assoc J*. 2018;12(6):196–202. doi: 10.5489/cuaj.4876.
- Stamey TA. Prostatitis. *J R Soc Med*. 1981;74(1):22–40. doi: 10.1177/014107688107400106.
- Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol*. 1997;3(1):38–43.
- Feldman EL, Grisold W, Russell JW, Löscher WN. *Atlas of Neuromuscular Diseases*. 2nd ed. Wien: Springer-Verlag, 2014.
- Labat JJ, Riant T, Robert R, et al. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn*. 2008;27(4):306–10. doi: 10.1002/nau.20505
- Kaiser T, Jost WH, Osterhage J, et al. Penile and perianal pudendal nerve somatosensory evoked potentials in the diagnosis of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2001;13(2):89–92. doi: 10.1038/sj.ijir.3900520.
- Cejas CP, Bordegaray S, Stefanoff NI. [Magnetic resonance neurography for the identification of pudendal neuralgia. (Article in Spanish)]. *Medicina (B Aires)*. 2017;77(3):227–232.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Ковалык Владимир Павлович

канд. мед. наук, доцент, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Академии постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России»;

адрес: 125371, Москва, Волоколамское шоссе, д. 91,

e-mail: kovalyk@mail.ru, **SPIN-код:** 6037-2898, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0453-2771>

Екушева Евгения Викторовна

д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой нервных болезней Академии постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России»;

e-mail: ekushevaev@mail.ru, **SPIN-код:** 8828-0015, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-3638-6094>